Rok I Seria II Kraków Nr 2 (15 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11 a
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie
Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 2 (15 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a Tel. 543-16 Konto P. K. O. Nr IV-310

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski, Czł.: prof. dr St. Ciechanowski, dr J. K. Gołąb, dr J. Hozer. prof. dr M. Rutkowski, prof. dr Fr. Walter — Kraków, doc dr Z. Przesmycki — Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

KAZIMIERZ KOSTANECKI

Kazimierz Telesfor Kostanecki pochodził z rodziny o pięknej tradycji[1]) i wybitnych zdolnościach[2]). Urodził się w ojczystym Myszakowie w Kongresówce 25. XII. 1863 r. Przeszedłszy gimnazjum w Poznaniu, przez rok w Berlinie uczęszczał na prawo, a potem na medycynę i już w r. 1886 otrzymał złoty medal wydziału lekarskiego berlińskiego za konkursową pracę anatomiczną. Kształcił się głównie pod kierunkiem znakomitego profesora Waldeyera, którego asystentem został w r. 1889. Pierwsze badania Kostaneckiego dotyczyły właściwej anatomii opisowej; rozszerzył je wkrótce na anatomię porównawczą i zboczenia rozwojowe w znakomitych pracach na temat tych zboczeń w okolicy gardła, głowy i szyi. We Wrocławiu był przez rok asystentem fizjologii, skąd powołano go w r. 1891 do Giessen na stanowisko prosektora. Od tego czasu ogłosił szereg pierwszorzędnych badań nad subtelnymi szczegółami budowy i czynności komórki i jej podziału, przy czym pierwszorzędną wartość miało stwierdzenie, że obok protoplasmy i jądra, trzecim stałym bardzo ważnym składnikiem komórki jest centrosom i że podział komórki jest wynikiem jedynie mechanicznego kurczenia się promieni protoplasmatycznych.

Badania zawiłych stosunków podziału jaj jeżowców pod wpływem samych tylko czynników chemicznych i fizycznych, postawiły Kostaneckiego w rzędzie najwybitniejszych współczesnych cytologów i zjadnały mu rychło uznanie w postaci honorowych doktoratów pięciu uniwersytetów, w tym trzech zagranicznych oraz najwyższych odznaczeń i wyboru na członka honorowego mnóstwa towarzystw naukowych.

Szczytem jednak prac naukowych Kostaneckiego była ostatnia jego wielka publikacja o kątnicy i wyrostku robaczkowym w całym świecie zwierzęcym. Jest to praca podstawowa, oparta na nieprzewyższonym przez nikogo, bogatym, z trudem zebranym materiale, która prześciga wszystko, czego w tej mierze dokonano.

Wszystkie prace naukowe Kostaneckiego cechuje nadzwyczajna jasność i przejrzystość, niezwykła — rzekłbyś prawnicza — ścisłość określeń i wniosków i znakomita konstrukcja. Obok tego miał jednak Kostanecki dar bogatej i wykwintnej formy językowej, objawiającej jego wielkie zamiłowanie piękna w rozmaitych przemówieniach i życiorysach znakomitych uczonych polskich, oraz w jego działalności nauczycielskiej.

Rozpoczął ją w Krakowie, powołany tutaj w r. 1891 zrazu na katedrę anatomii porównawczej, a w r. 1894 na katedrę anatomii opisowej, z którą łączył zrazu wykłady embriologii. Do Krakowa przywiózł on ożywczy prąd nauki zachodnio-europejskiej, zreformował tutaj gruntownie sposób nauczania anatomii, rozbudował zakład, ułatwił w rozmaity sposób młodzieży uczenie się, która też widziała w nim swego szczerego opiekuna i uprosiła go na kuratora swej Bratniej Pomocy i Biblioteki.

Można śmiało powiedzieć, że stał się najulubieńszym profesorem młodzieży. Nadto starał się wcześnie najtęższym ze swych asystentów i uczniów stworzyć w swoim zakładzie osobne oddziały dla samodzielnej pracy, jak profesorowi Bochenkowi, profesorowi Emilowi Godlewskiemu młodszemu, dla którego wystarał się o osobną katedrę embriologii i biologii, jak Maksymilianowi Rosemu, wybitnemu znawcy cyto-architektoniki mózgu.

Obok własnych zasług czysto naukowych, zasłużył się Kostanecki niezwykle w organizacji polskiej nauki lekarskiej, a to organizując znakomicie IX Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w r. 1900, reorganizując ustrój tych zjazdów,

[1]) Przodek Kazimierza, Telesfor, szef szwadronu pod Samosierrą, potem pułkownik 4 pułku ułanów, walczył do ostatka i zginął w r. 1813.

[2]) Brat Kazimierza, Stanisław, znakomity chemik, był profesorem uniwersytetu w Bazylei, brat Antoni, ekonomista, profesorem we Fryburgu szwajcarskim, a potem w Warszawie.

podwajając ruch naukowy w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim, któremu dwukrotnie przewodniczył, a przede wszystkim doprowadzając do wzbogacenia Akademii Umiejętności Wydziałem Lekarskim przez złączenie z nią warszawskiej Akademii Lekarskiej. Równie czynny był też w Akademii Umiejętności. Należąc do niej już od roku 1896, wszedł wkrótce do Zarządu, w r. 1919 wybrany został sekretarzem generalnym, a w r. 1929 prezesem, osiągając w ten sposób najwyższe stanowisko w nauce polskiej.

Zalety charakteru i umysłu Kostaneckiego sprawiły, że w czasie wojny światowej, w najtrudniejszych dla Uniwersytetu Jagiellońskiego czasach, powierzono mu urząd rektora, a równocześnie też pierwszego wiceprezydenta miasta. W tym czasie współdziałał Kostanecki czynnie i wydatnie w Komitecie Książęco-Biskupim, niosącym pomoc ofiarom wojny.

W stosunkach osobistych był Kostanecki wzorem dżentelmena w najlepszym tego słowa znaczeniu.

Zdawało się, że pod koniec życia los zapewni Kostaneckiemu zasłużony wypoczynek. Wbrew tej nadziei, stracił nagle w katastrofie samolotowej żonę i ukochanego syna, a wnet potem wolność osobistą i wolność ojczyzny.

By się nie ugiąć, nie załamać, nie zwątpić, trzeba tak stalowego hartu ducha, jaki miał Kostanecki, do końca, jakby jaki „Książę niezłomny", pocieszający i podtrzymujący towarzyszy w obozie w Sachsenhausen. To też wśród strat, poniesionych przez Uniwersytet Jagielloński, jest to może najcięższa, a pamięć o tym niepospolitym Mężu nie powinna nigdy zaginąć.

Prof. dr Stanisław Ciechanowski

WYKŁAD KLINICZNY

Dr TADEUSZ GIZA Kraków

Chemia w służbie medycyny

Nowe środki walki z zakażeniami *)

Jeżeli odkrycie sulfanilamidowych związków stanowi w dziejach walki z mikrobami jedną z najpiękniejszych zdobyczy medycyny, to prowadzone w trudnych warunkach wojennych badania lekarzy i chemików angielskich nad ciałami czynnymi przeciwko zarazkom a pochodnymi pewnych grzybków, pochlubić się mogą nie mniejszym sukcesem i stanowią nowe wielkie dobrodziejstwo dla nękanej chorobami ludzkości.

Już dawno znane było bakteriologom działanie prątka zielonej ropy *(bac. pyocyaneus)* powstrzymujące na pożywce rozwój innych mikrobów, jak laseznika wąglika, pałeczki Löfflera, przecinkowca cholery, ropotwórczych ziarenkowców i innych. Okazało się, że czynną była tu pyocyanaza, którą później próbowano wyosabniać, a nawet stosować w celach leczniczych, ale tylko miejscowo, np. w zmianach błoniczych. Podobne próby robiono następnie z gramicydyną i tyrocydyną, otrzymanymi z *bac. brevis*, tudzież z chlororafiną, pochodną *bac. chlororaphis*. Ale dopiero penicylinie przypadło zaszczytne miejsce młodszej siostry sulfanilamidowych związków.

Odkrywcą penicyliny jest Aleksander Fleming, profesor bakteriologii w Londynie. Jeszcze w r. 1928 zauważył on, że zanieczyszczona pleśnią, pędzlikiem, *penicillium notatum*, hodowla gronkowca złocistego na płytce Petri'ego nie rozwijała się i obumierała. Harold Raistrick, profesor biochemii w Londynie, pierwszy badał warunki rozwoju i chemizm grzybka. Kiedy koledzy z fakultetu medycznego uchylili się od doświadczeń na materiale klinicznym, ogłosił on w r. 1932 wyniki swoich badań nad penicyliną i zaniechał dalszej pracy w tym przedmiocie. I byłaby cała sprawa poszła w niepamięć, gdyby nie profesor patologii w uniwersytecie oksfordzkim Florey, który w 7 lat później, w r. 1939, w ciężkich warunkach wojennych podjął wespół z drami Abraham'em, Chain'em i Heatley'em trud wypróbowania działania penicyliny na materiale zwierzęcym i ludzkim. Ponieważ nękana nieustającymi bombardowaniami Anglia nie stwarzała w owym czasie odpowiednich warunków dla tego rodzaju badań, Florey skorzystał z zaproszenia Fundacji Rockefellerowskiej i wraz z drem Heatley'em wyjechał w lecie 1941 roku do Stanów Zjednoczonych. Tu nawiązał łączność z Karolem Thom'em, głośnym w świecie badaczem i znawcą pleśni, autorem obszernej monografii o pędzelkowcach, w której opracował z górą 600 odmian tego grzybka.

Największą bolączką była nikła wydajność dotychczasowych sposobów wyosabniania penicyliny. Mikrobiologowi Moyer'owi udało się zwiększyć ją dziesięciokrotnie przez dodatek kiełkujących ziarn zboża; potem zamiast kiełków zbożowych stosowano z jeszcze lepszym skutkiem otręby zbożowe. *Penicillium notatum*, które w przyrodzie porasta spróchniałe gałęzie krzewu hizopu (szczególnie obficie w Norwegii) tworzy na żelatynie niebiesko-zielonkawe kolonie z białym obrąbkiem. Pędzlik ten rośnie tylko w atmosferze tlenowej; optimum temperatury waha się około 25° C, w niższych temperaturach rośnie wolniej, przy 37° wzrost ustaje. Drożdże pobudzają rozwój grzybka.

W pracowniach badawczych hoduje się pleśnie w probówkach albo na płytkach Petri'ego, używając jako pożywki żelatyny, agaru czystego lub z dodatkami, bądź płynnych mediów według recept podanych przez różnych autorów. Np. w ZSRR — gdzie rozpowszechniła się hodowla *penicillium crustosum* — używa się mięsno-peptonowego bulionu z dodatkiem glu-

*) w/g wykładu wygłoszonego w Krakowskim Towarzystwie Lekarskim 4 lipca 1945 r.

kozy ($4^0/_0$) i wyciągu drożdży ($5^0/_0$), albo pożywki Czapek'a-Dox'a. W przemyśle robi się to — naturalnie — na wielką skalę. Ale i tutaj hodowla pędzlika miała już swoje tradycje. W wytwórniach sera znano i stosowano oddawna pewne jego odmiany, np. *penic. camemberti*, *penic. roqueforti* i in. Dla celów farmaceutycznych hodowle zakłada się w wielkich kadziach. Zawartość ich sączy się na filtrach albo wiruje; z przesączu zawierającego ślady penicyliny wyciąga się ją w niskiej temperaturze eterem, chloroformem, octanem amylowym, wytrząsa z wodnym roztworem węglanu sodowego i po zamrożeniu suszy. Otrzymany tym sposobem produkt jest sodową solą umiarkowanie silnych kwasów organicznych. Oczyszcza się go na drodze tzw. chromatografii, która jest wykorzystaniem zjawiska, że różne związki chemiczne wykazują odmienne powinowactwo do jednych i tych samych ciał pochłaniających np. węgla aktywnego, ziemi okrzemkowej i in. Krystaliczną penicylinę otrzymali pierwsi Mac Phillamy i Wintersteiner.

Penicylina rozpuszcza się w eterze, octanie amylowym, alkoholu, acetonie, chloroformie, czterochlorku węgla. Jest ciałem higroskopijnym, tak samo jej sole: sodowa, potasowa, amonowa i inne z wyjątkiem wapniowej i barowej. Na powietrzu traci swoje własności, absolutnie sucha czynna jest w ciągu 24 godzin. Ogrzewana wydziela bezwodnik kwasu węglowego. Jest czuła na działanie ciał utleniających, w mniejszym stopniu redukujących. Sól barowa penicyliny zawiera według doniesień oksfordzkich 24 (albo 23) atomy węgla, 32 (albo 30) atomy wodoru, 10 (albo 9) atomów tlenu i 2 azotu. Amerykanie podają dla penicyliny wzór $C_{14}H_{19}O_6N$.

Synteza penicyliny trzymana jest w tajemnicy. W czasie wojny armia amerykańska położyła rękę na produkcji penicyliny. Rząd Stanów Zjednoczonych wybudował kosztem 20 milionów dolarów wspaniałe zakłady wytwórcze nastawione na dzienną produkcję 4—5 kilogramów. Są to ilości olbrzymie, jeżeli się zważy, że penicylina wstrzymuje rozwój gramo dodatnich mikrobów w rozcieńczeniu 1:100.000.000 *). Preparat dawkuje się w jednostkach oksfordzkich **), wyrażających się powierzchnią zatrzymanej w rozwoju sztucznej hodowli bakteryj na płytce. Jednostka oksfordzka odpowiada 0,6 mikrograma tj. sześciu dziesiątym milionowej części grama penicyliny krystalicznej. Dawki lecznicze wyrażone w jednostkach oksfordzkich są stosunkowo wysokie. Ciężkie przypadki posocznic gronkowcowych wymagają jednego miliona jednostek, przeciętna kuracja rzeżączki zużywa 100—150 tysięcy jednostek oksfordzkich.

Co do sposobu podawania chorym, to penicylina nie nadaje się do stosowania doustnego, gdyż kwas solny żołądka rozkłada ją. Trzebaby albo obniżyć stężenie jonów wodorowych dobierając odpowiednią dietę, albo podać równocześnie alkalizator np. dwuwęglan sodu. Nie należy również podawać penicyliny *per rectum*, gdyż kał działa na nią unieczynniająco. Podskórnie i domięśniowo można stosować, ale tylko w dużych rozcieńczeniach, w przeciwnym razie spowodować może martwicę tkanek. Najodpowiedniejszy jest zastrzyk śródżylny. Ujemną stroną penicyliny jest jej szybkie wydzielanie się nerkami, dlatego chcąc utrzymać odpowiednie stężenie leku we krwi i sokach tkankowych, należy ponawiać dawki w krótkich odstępach czasu w ciągu dnia. Zaradzić temu mają estry penicyliny: etylowy i butylowy, które powoli hydrolizując w ustroju uwalniają penicylinę. Można je stosować doustnie i podskórnie, są jednak nieco jadowite.

Penicylina nie zabija zarazków, działa bakteriostatycznie, podobnie jak związki sulfanilamidowe. Tylko: 1^0 działa energiczniej od nich, 2^0 zwalcza gronkowca, czego ani *Cibazol* ani *Dagenan* ani *Tibatin'a* nie potrafią, 3^0 działa w mniejszych stężeniach, 4^0 w przeciwieństwie do sulfanilamidów ropa ani produkty rozpadu tkanek nie hamują jej czynności, 5^0 jest *in vitro* mniej jadowita dla leukocytów.

Na czym polega bakteriostatyczne działanie sulfanilamidowych związków, a zatem i penicyliny? Według badaczy angielskich bakterie — podobnie jak ustroje wyższe i człowiek — potrzebują do prawidłowego przebiegu czynności życiowych witaminów. Takim najprostszym czynnikiem wzrostowym w świecie mikrobów jest kwas p-aminobenzoesowy (witamin H[1]) $H_2N\langle\quad\rangle COOH$. Bliski mu chemicznie kwas sulfanilowy $H_2N\langle\quad\rangle SO_3H$, pień macierzysty sulfanilamidów, jest jego antagonistą. Wypierając go i zajmując jego miejsce, ma powodować głód witaminowy, awitaminozę bakteryj. Energiczniej od kwasu sulfanilowego działa p-dwuaminobenzofenon $H_2N\langle\quad\rangle CO\langle\quad\rangle NH_2$, jeszcze silniej sulfanilamid $H_2N\langle\quad\rangle SO_2NH_2$, sulfapirydyna $H_2N\langle\quad\rangle SO_2NH\langle\quad\rangle_N$, sulfatiazol $H_2N\langle\quad\rangle SO_2NH\langle^{N}_{S}\rangle$. Od wymienionych skuteczniejszym jest z kolei p-dwuaminodwufenilosulfon $H_2N\langle\quad\rangle SO_2\langle\quad\rangle NH_2$ (którego dwugalaktozyd $C_6H_{11}O_5.HN\langle\quad\rangle SO_2\langle\quad\rangle NH.O_5H_{11}C_6$ znany jest w handlu pod nazwą *Tibatin'y*). Wreszcie najintenzywniej działającym z tej grupy środków jest p-dwuaminobenzil $H_2N\langle\quad\rangle CO.CO\langle\quad\rangle HN_2$.

Nawiasem dodam, że mechanizm działania

anestezyny $H_2N\langle\quad\rangle COO.CH_2.CH_3$,

nowokainy $H_2N\langle\quad\rangle COO.CH_2.CH_2.N(C_2H_5)_2$,

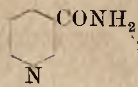
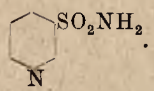
atoksylu $H_2N\langle\quad\rangle AS{\overset{O}{\underset{ONa}{—OH}}}$

---

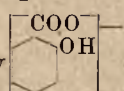
*) Towarzysząca penicylinie penatyna ma działać w jeszcze większym rozcieńczeniu 1:400000000 (Kocholaty).

**) Za j. o. przyjęto najmniejszą ilość penicyliny w 50 cm^3 bulionu, wstrzymującą w określonych warunkach rozwój wzorcowego szczepu Nr 29 gronkowca złocistego.

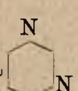
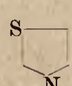
i innych środków leczniczych, pochodnych kwasu p-aminobenzoesowego jest prawdopodobnie ten sam, co sulfanilamidowych związków.

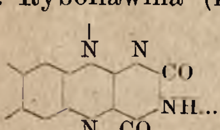
Innym czynnikiem wzrostowym, szczególnie dla gronkowca, prątka okrężnicy, zarazków czerwonki jest amid kwasu nikotynowego , znany składnik kompleksu B, chroniący przed pellagrą (i zespołem Ménière'a?). Jego antagonistą jest pirydynosulfonamid . Trzecim, również w drożdżach zawartym, jest kwas pantotenowy

$$HO.H_2C.C(CH_3)_2.CHOH.CO.NHCH_2.CH_2.COOH,$$

zapobiegający u szczurów m. in. siwieniu włosów, pełniący rolę witaminu dla całego szeregu bakteryj, z których niektóre np. pałeczka Löfflera, paciorkowce, gronkowce, prątek okrężnicy i duru brzusznego potrafią same go budować. Antagonistą jest kwas sulfonopantotenowy i — co ciekawsze — jon salicylanowy .

Nie tylko wymienione trzy witaminy wchodzące w skład kompleksu B, stanowią czynniki niezbędne dla prawidłowego rozwoju bakteryj, ale i pozostałe w liczbie sześciu (kompleks B ma się bowiem składać — jak wynika z ostatnich badań — z dziewięciu czynników), a mianowicie

4. Tiamina (w skład której wchodzi pirymidyna  i tiazol ), czynnik antineuralgiczny i antineurasteniczny (w świetle nowych badań neurastenia ma być hypotiaminozą).

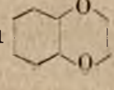
5. Ryboflawina (której rdzeń stanowi alloksazyna  czynnik regulujący przemianę cukrowców.

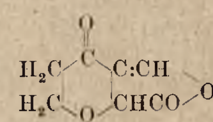
6. Pyrodoksyna, mająca zapobiegać postępującemu zanikowi mięśni *(dystrophia musculorum progressiva)* i zespołowi Parkinson'a (?)

7. Biotyn, dawny witamin H, chroniący przed łojotokiem.

I dwa ostatnie bliżej nieznane.

Otóż i wymienione dalsze składowe kompleksu B — w liczbie sześciu — pełnią rolę witaminów bakteryjnych. Jako *co*-fermenty biorą one udział w życiowo-ważnych procesach zaczynowych, łącząc się z białkowym *apo*-fermentem w *holo*-ferment — właściwe ciało czynne, np. aneuryna w karboksylazę, laktoflawina w żółty zaczyn oddechowy itd.

Ciekawym jest, że prątek gruźliczy zawiera barwik ftiokol, pochodny naftochinonu  i jak inne naftochinony obdarzony własnościami witaminu przeciwkrwotocznego K. Gruźlica świnki morskiej i lepra szczurza oddziaływują korzystnie na pochodne kwasu chaulmogrowego  $(CH_2)_{12}.COOH$, kwasu tłuszczowego otrzymywanego z podzwrotnikowych roślin, który jest bliski chemicznie kwasom tłuszczowym obecnym w ciele prątka Kocha. A wiemy, że szereg nienasyconych kwasów tłuszczowych wchodzi w skład witaminu F. Działanie preparatów chaulmogrowych polegałoby na wymianie tłuszczu prątka na tłuszcz leku.

Obok penicyliny duży rozgłos zyskała ostatnio patulina z *penicillium patulum Bainier*. Ma mieć ona tę wyższość nad penicyliną, że jest rozpuszczalna w wodzie i że skuteczniej zwalcza Gr—mikroby. Cząsteczka patuliny zawiera 7 atomów węgla, 6 wodoru i 4 tlenu . Stosuje się ją śródżylnie i miejscowo naskórnie i na śluzówki np. nosa i gardła w postaci rozpylań. Ma leczyć banalny katar dróg oddechowych.

Czyżbyśmy rzeczywiście dostali do ręki środki na najbardziej trapiące ludzkość choroby, czyżby naprawdę wystarczyło dzisiaj zażyć patulinowej tabaczki, by uwolnić się od kataru, wiszącego dotąd niby zmora nad naszymi głowami? Czyżby — jak twierdzą anglosascy badacze — ciała czynne przeciw zarazkom, pochodne pleśni leczyły nie tylko (jak sulfanilamidy) zapalenie płuc pneumokokowe, rzeżączkę, nagminne zapalenie opon mózgowych, zakażenia wywołane paciorkowcami i prątkiem okrężnicy, ale także posocznice gronkowcowe, dur brzuszny, zgorzel gazową, a nawet podobno kiłę? Odpowiedzi na te pytania udzieli niewątpliwie najbliższa przyszłość. Na razie można powiedzieć tylko jedno: Na przekór różnym malkontentom i sceptykom medycyna raźno kroczy naprzód, a postępy swoje zawdzięcza ostatnio w pierwszym rzędzie chemii, która dziś dostarcza jej środków do walki z zakażeniami, jutro rozwiąże i inne trapiące nas zagadki, bo do chemii należy przyszłość.

Prof. dr FR. K. WALTER Kraków

O leczeniu oparzeń

Od stopnia i czasu działania gorąca na skórę zależy następowe zachowanie się zmian zapalnych. Ciepło wywołuje podrażnienie powłok skórnych, gorąco prowadzi do wystąpienia szkodliwych zmian nieraz głęboko sięgających w tkanki. Wilgotne ciepło większe może spowodować szkody niż suche.

Rodzaj oparzeń dzielimy na trzy stopnie, przy czym istnieją przejścia między pojedynczymi stopniami. Stopień I-szy, *Dermatitis combustiformis erythematosa* cechuje rumień i obrzęk, stopień II-gi

D. e. bullosa — charakteryzują pęcherze na rumieniach, różnej wielkości, o treści gęstej, zawierającej dużo włóknika. Objawy te wywołuje ciepłota od 50—80°. W zmianach III-go stopnia *D. escharotica* powstałych pod wpływem działania wysokiej ciepłoty — w następstwie krzepnięcia białka — ulegają martwicy tkanki, na głębokość większą lub mniejszą a także powstawać może zwęglenie. Zmiany te leczą się długo, po demarkacji martwiczych części tkanek i kończą się bliznami, nieraz ulegającymi przerostowi.

Przyczyny oparzeń mogą być różne: płomień, płyny gorące, pary, wybuch gazu, smoła, asfalt, gorące metale. Rokowanie zależy od rozległości miejsca oparzonego, przy czym duże znaczenie przypada stopniowi oparzenia. Przy oparzeniach całych powłok, śmierć następuje po upływie 2 do 7 godzin, przy oparzeniach ponad połowę w 3 do 12 godzin. W oparzeniach III-go stopnia zajmujących więcej niż jedną trzecią powierzchni ciała rokowanie jest bardzo niepomyślne — oparzenia jednej dwudziestej ciała nie przedstawiają niebezpieczeństwa. Wiek ma duże znaczenie przy ocenie niebezpieczeństwa. Im chory jest młodszy, tym rokowanie jest gorsze. Dzieci do 4-go roku życia zachowują się pod tym względem gorzej niż dorośli i to prawie trzy razy gorzej, a do 12-go roku życia prawie 2 razy. Obliczanie szans rokowania opieramy na zmianach trzeciego stopnia. Rozległość oparzeń drugiego stopnia musimy podzielić przez trzy — aby uzyskać powierzchnię zgodną z poprzednim warunkiem rokowania. Dziecko 8-letnie, które uległo oparzeniu drugiego stopnia na przestrzeni 20% powłok, podlega następującemu obliczeniu: 20% II-go stopnia obliczone na III-ci stopień 7%; liczbę tę należy pomnożyć przez 2 — a więc oparzenie II-go stopnia u dziecka 8-mio letniego przewartościować należy na 14%. Wymiar powierzchni oparzenia ma także znaczenie dla długości życia. W przypadkach oparzeń III-go stopnia zajmujących 1/11 powierzchni ciała śmierć następuje w 50%. — 1/3 oparzenie III-go stopnia daje rokowanie zupełnie niepomyślne, a oparzenie 1/20 uważać należy jak wspomniano za zupełnie nie niebezpieczne. W ocenie procentowej rozległości oparzeń posługujemy się następującymi obliczeniami:

głowa — 5%	przedramię — 3½%
twarz — 2%	ręka — 2%
szyja — 2%	udo i pośladek — 12½%
grzbiet — 27%	podudzie — 6%
ramię — 5%	stopa — 3½%.

Oparzenia brzucha, narządów płciowych i twarzy — przebiegają na ogół ciężej. Podobnie rzecz ma się u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Cięższym przebiegiem odznaczają się oparzenia parą niż suchym powietrzem.

W klinicznym przebiegu oparzenia można rozróżnić 3 okresy: okres wstrząsu (pierwsze 24 godziny), okres zatrucia (ostry do 5-go dnia, septyczny od 6-go) i okres powikłań lub wyleczenie. Pierwszy okres cechować mogą objawy podniecenia, potęgujące się aż do psychozy. Objawy ogólne zależą od obszaru uszkodzonego i stopnia oparzenia. Pojawiają się dreszcze, cieplota dochodzić może do 39°, 40° i 41°, występują wymioty, czkawka, ilość moczu zmniejsza się aż do zupełnego bezmoczu, tętno przyśpieszone, niskie ciśnienie krwi. Objawy powyższe nie występują w przypadkach lżejszych oparzeń I-go lub II-go stopnia, natomiast stosunkowo często w III-cim stopniu oparzenia, i to przede wszystkim w zależności od rozległości oparzenia. Jako powikłania występować mogą osutki toksyczne, zaburzenia ze strony serca i czynności nerek, zakażenia ran, róża, wrzody żołądka i dwunastnicy. Nawet może wystąpić i tężec. Dzieci i kobiety są więcej wrażliwe na powikłania.

Śmierć w następstwie oparzenia bywa wczesna, pierwotna lub późna, jako następstwo zatrucia. Teoria toksyczna, w połączeniu z teorią utraty wody i zagęszczenia krwi zdobyła sobie największe uznanie, jako przyczyna ciężkich objawów ogólnych i zejścia śmiertelnego. Jakiego rodzaju są te toksyny, jest to rzecz trudna do określenia. Przypuszczenie o powstawaniu histamin ulega ograniczeniom w świetle nowych badań — natomiast raczej zyskuje uznanie myśl o tworzeniu się toksycznych produktów wskutek denaturacji białka. Potwierdzają te przypuszczenia doświadczenia na zwierzętach, złączonych w parabiozę. Gdy jedno z nich zostaje silnie oparzone, u drugiego powstają analogiczne objawy zatrucia. Badania anatomo-patologiczne stwierdziły również zmiany w korze nadnerczy u oparzonych i zaburzenia w wydzielaniu ważnego dla czynności życiowych hormonu, co również może być przyczyną występowania ciężkich objawów ogólnych u oparzonych i zejścia śmiertelnego.

W przypadkach ciężkich oparzeń początkowo zwiększa się liczba czerwonych ciałek krwi, wskutek znacznej utraty wody, w dalszym przebiegu ulega ona obniżeniu wspólnie z obniżeniem się hemoglobiny. Pojawia się również leukocytoza, przy czym w rozległych oparzeniach stanowi ona niekorzystny objaw. Stwierdza się również zmiany toksyczne w ciałkach białych i przesunięcie na lewo. Protoplazma ciałek białych wykazuje bazofilię, powstawanie wodniczek, jądra wydają się rozluźnione. W ciałkach obojętnochłonnych pojawiają się nieregularne ziarnistości (fagocytoza części zniszczonych komorek) i to głównie w oparzeniach obejmujących 10—15% obszaru powłok skórnych, zazwyczaj między 2 a 4 dniem. W ciężkich oparzeniach, z pierwotną leukopenią, ziarnistości te nie wytwarzają się. Nagłe zwiększenie się ilości ziarenek — oceniać należy jako objaw niekorzystny.

Leczenie zależy od stopnia oparzenia i rozległości zmian. Pierwszej pomocy należy udzielić oparzonemu w taki sposób — aby następowe leczenie nie napotykało na trudności. Nie należy stosować tłuszczów — ani tak powszechnie używanego *Linimentum contra combustionis (Ol. lini, Aq. calcariae)* zwłaszcza zastarzałego, nie tylko bowiem utrudnia się leczenie taniną, ale można spowodować zakażenie obnażonych z naskórka miejsc. Stosować można lekko ściągający okład, 1% rozczyn ichtiolu lub 2½% tanniny. Można do tych celów użyć roztworu wodnego herbaty postępując w sposób następujący: 6 łyżeczek herbaty (herbata zawiera 16% taniny) gotuje się w 6 filiżankach wody przez 10 minut, poczym 4 warstwy czystych chusteczek zamaczanych w tym odwarze — przykłada się na miejsce oparzone.

Leczenie ogólne stosujemy w przypadkach ciężkich oparzeń. Jednak korzystniej jest każde rozle-

glejsze oparzenie, zwłaszcza u dzieci traktować również w ten sposób, jeżeli rozległość zmian przenosi u dzieci 5%, a u dorosłych 15% powłok skórnych. W ciężkich oparzeniach nie należy leczenia ogólnego przerywać zbyt szybko, ale stosować je także po ustąpieniu objawów toksycznych. Podawać należy *digitalis* (2—3 razy dziennie po 0,15), *strophantus*, środki podnoszące ciśnienie krwi jak *adrenalinę*, *sympatol*, w razie pogarszania się tętna *cardialol*, *kamforę*. Początkowo, zależnie od stanu chorego środki te podajemy podskórnie lub w postaci czopków, później doustnie. Nacisk należy kłaść na dowóz płynów w postaci kroplówek doodbytniczych z fizjologicznego roztworu soli kuchennej, wlewań dożylnych lub podskórnych. Ilość podawanego płynu powinna wynosić 3—5 litrów dziennie. Niezwykle wartościowym leczeniem ratującym niejednokrotnie życie jest przetaczanie krwi. Zabiegiem tym podniecamy narząd krwionośny, dostarczamy ustrojowi płynu, ciałek czerwonych i ciał odpornościowych. Również uzyskuje się działanie antytoksyczne i pobudzające siły obronne ustroju. Należy przetaczać krew świeżą przy zachowaniu wszelkich ostrożności. Ilość krwi przetaczanej powinna wynosić 250—500—600 cm^3. Zabieg ten należy zastosować jak najszybciej i to poraz wtóry i trzeci, stosownie do stanu chorego, zwłaszcza gdy występuje czkawka, wymioty, zamroczenie, niepokój ruchowy. Późnym przetaczaniem krwi nie można już opanować zatrucia. Przetaczanie krwi stosować można nawet 6 do 8 razy.

Znaczenie czynności nadnerczy dla rokowania oparzeń zdaje się dziś posiadać wybitne znaczenie, toteż podawanie hormonów kory nadnercza jest wskazane. Hormon kory nadnerczy wywiera wpływ korzystny na wiele czynności życiowych, na regulację ciepła, tworzenie się ciałek czerwonych krwi, podnosi przemianę materii i przemianę tłuszczową, znosi znużenie mięśniowe. Brak hormonu powoduje zaburzenie przemiany sodowo-potasowej, poziom potasu podnosi się, a sodu obniża (chlorku sodu). Powoduje to zachwianie równowagi jonów w tkankach i zaburzenia czynności tkankowych. Następuje zagęszczenie krwi, organizm bowiem traci zdolność rozcieńczania krwi. Doustne podawanie wody wzmaga wydzielanie moczu, lecz nie powoduje rozcieńczania krwi. Zaburzenia w czynnościach nadnerczy prowadzą dalej do obniżenia rezerwy alkalicznej krwi i do kwasicy, poziom azotu resztkowego krwi wzrasta, występuje niedomoga przemiany węglowodanowej. Ustrój staje się wrażliwy na zakażenia bakteryjne i na działanie toksyn. Zmiany te spowodowane toksycznym uszkodzeniem czynności nadnerczy w przebiegu ciężkich oparzeń — mogą również tłumaczyć nam powstawanie objawów ogólnych i śmierć po oparzeniu.

Najsilniejsze własności hormonu kory nadnerczy wykazała substancja zwana *kortikosteronem*. Hormony kory nadnerczy stosuje się podskórnie, codziennie.

Równocześnie wskazanym jest stosowanie *witamin C*. Leczenie powyższe oddaje wybitnie korzystne usługi — a nawet jak niektórzy autorowie podnoszą, ratuje życie w ciężkich oparzeniach. Polecają również wstrzykiwania dożylne glukozy.

Podzielone są zdania co do stosowania alkaloidów. Jednak wydaje się rzeczą odpowiednią, aby *morfinę* lub *opium* stosować tylko w przypadkach rokujących niepomyślnie celem ulżenia bólom, poza tym nie podawać alkaloidów, aby nie przyczynić się do pogorszenia ogólnego stanu oparzonych.

Odpowiednie odżywianie jest ważnym zagadnieniem dla oparzonych. Żołądek nie znosi większych ilości pokarmów i przychodzi łatwo do wymiotów. Przez pierwsze 2 dni można zastosować dietę głodową — podając niesłodzoną herbatę łyżeczkami, po czym nieco mleka z alkoholem, sok cytryny, kawę. Po trzech dniach, gdy nie ma skłonności do wymiotów, podawać można pożywienie płynne: herbatę z mlekiem, zupy, rosoły z wbitym jajkiem, kompoty, kaszki, a po sześciu dniach można przejść na pełne odżywienie. Stosowanie płynów jest wskazane.

Leczenie miejscowe taniną stosuje się obecnie powszechnie w oparzeniach II-go i przede wszystkim III-go stopnia, jako leczenie najpewniejsze. Po oczyszczeniu oparzonych powierzchni z resztek pęcherzy — rozpyla się 5% roztwór wodny *acidum tannicum* przy pomocy rozpylacza i umieszcza się chorego na jałowym prześcieradle pod płótnem rozpiętym na obręczach (w oparzeniach tułowia nie można stosować powyższego sposobu). Następnie co pół godziny, później co godzinę rozpyla się w dalszym ciągu taninę. Zamiast rozpylania możemy się posługiwać gazikami przepojonymi roztworem taniny, umieszczając je na miejscu oparzonym i co pół godziny polewając roztworem taniny. Na zewnątrz umieszczamy suchy opatrunek. Po 12 godzinach wytwarza się mocny skórzasty strup.

Zmiany opatrunków nie są konieczne, jedynie w razie bólów lub wystąpienia septycznej gorączki. W przypadkach zatrzymania się ropy, dokonuje się nacięcia w odpowiednim miejscu. W rzadkich przypadkach zachodzi konieczność usuwania większych części strupa.

Strup oddziela się po 10 dniach lub po 14 w przypadkach powierzchownych oparzeń III-go stopnia. W razie głębszych oparzeń III-go stopnia należy strup usunąć po 14 dniach, a nawet wcześniej, głębsze bowiem uszkodzone tkanki ulegają martwicy rozpływnej i należy stworzyć warunki dla odpływu wydzieliny.

Celem wytworzenia bardziej zbitego strupa, pędzlujemy miejsca oparzone 5% rozczynem azotanu srebrowego, po czym rozpylamy roztwór taniny. Po wytworzeniu się strupa można stosować 10% maść taninową — po czym już strup w najbliższych dniach oddziela się samorodnie.

Do leczenia następczego oparzeń — po oddzieleniu się strupów stosować należy *maść tranową* (50% *Ol. jecoris aselli*). Dla przyspieszenia ziarniny posługujemy się 2% maścią *pellidolową*, maścią z 1% *witaminem A (voganową)* lub 5% maścią *protargolową*. Jeżeli nie udaje się uzyskać odpowiedniej blizny, pokryć można ubytki zabiegiem chirurgicznym. Celem zapobieżenia blizn upośledzających ruchliwość członków, polecać należy wczesne wykonywanie ruchów biernych i czynnych w kąpieli.

Stosowanie kąpieli, zwłaszcza długotrwałych przy tym sposobie leczenia jest zbyteczne, poza tym kąpiele częste np. przy każdej zmianie opatrunków, okazać się mogą szkodliwymi dla pracy narządu krążenia.

Prof. dr W. BUJAK Kraków

Choroby układu siateczkowo-śródbłonkowego *)

Choroby układu siateczkowo-śródbłonkowego *(Reticulo-endothelioses)* dzielą się na dwie grupy, z których jedna obejmuje sprawy, zależne od zwykłego bujania komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, do drugiej grupy zaś zalicza się stany, połączone z nagromadzeniem pewnych ciał chemicznych w komórkach siateczkowo-śródbłonkowych; są to tzw. tezauryzmozy *(thesaurismoses)*.

A. Retikulo-endoteliozy zwykłe

Choroba Besnier-Boecka *(Granuloma benignum)* jest wywołana bujaniem komórek nabłonkowatych, tworzących guzki i nacieki, bez skłonności do rozpadu. Nacieki te mogą powstawać we wszystkich narządach, szczególnie w gruczołach zewnętrznych, w wątrobie, śledzionie, przy czym narządy te mogą się bardzo znacznie powiększać. Nacieki w płucach wywołują niekiedy obrazy, łudząco przypominające na płycie rentgenowskiej gruźlicę prosówkową, gruczoły wnękowe zaś mogą dochodzić do takich rozmiarów, że nasuwają podejrzenie guzów złośliwych śródpiersia. Usadowienie w kościach, zwykle w członach palców i krótkich kościach stopy i nadgarstka, wywołuje zgrubienia i torbielowate wyjaśnienia w obrazie rentgenowskim. Zmiany skórne występują albo jako nacieki, podobne do tuberkulidów, albo jako *lupus pernio*, w tkance podskórnej zaś jako tzw. *sarkoidy guzowate*, przypominające nacieki gruźlicze. Choroba ta zdarza się już u niemowląt, częściej u dzieci starszych, trwa kilka lat i kończy się przeważnie wyleczeniem samoistnym, bez pozostawienia śladów. Usadowienie jednak w narządach najwrażliwszych, np. w mózgu, może doprowadzić do zejścia niepomyślnego.

Rozpoznanie jest przeważnie trudne i wątpliwe bez badania wyciętej tkanki. Przy różnych daleko posuniętych zmianach stan ogólny zupełnie dobry, brak gorączki, brak wyraźniejszych zmian w krwi, ujemne próby tuberkulinowe, mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Leczenie nieznane.

Choroba Letterer-Siwe'a, podobna do poprzedniej, znamionuje się powiększeniem śledziony, uogólnionym obrzękiem gruczołów chłonnych, krwotokami skórnymi, niedokrwistością i ubytkami kostnymi.

Anatomiczne zmiany polegają na przeroście komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego w wątrobie, śledzionie, gruczołach, płucach i w szpiku kostnym, bez nagromadzenia lipoidów.

*) Wyjątek z II wydania „Zarysu Pediatrii" mającego się wkrótce ukazać.

B. Tezauryzmozy

Splenomegalia Gaucher'a występuje zwykle rodzinnie, jakkolwiek nie dziedzicznie i już we wczesnym dziecięctwie objawia się bardzo znacznym powiększeniem śledziony, później zaś, w mniejszym stopniu, wątroby oraz brudno-żółtą pigmentacją skóry; gruczoły chłonne zewnętrzne nie ulegają wybitniejszemu powiększeniu. W krwi stwierdza się leukopenię, później niedokrwistość o typie niedobarwnym i małopłytkowość. Zmiany anatomiczne polegają na bujaniu dużych komórek pęcherzykowatych (komórki Gaucher'a), pochodzących z układu siateczkowo-śródbłonkowego, głównie w śledzionie, w wątrobie, w gruczołach chłonnych, szczególnie wewnętrznych, a także w szpiku kostnym. Powiększone komórki zawierają kerazynę, substancję lipoidową, należącą do cerebrozydów. Przy silniejszym bujaniu komórek w szpiku może przychodzić do zgrubienia kości długich i następowych złamań, nie okazujących żadnej skłonności do regeneracji. W ten też sposób powstaje niekiedy garb. Choroba trwa zwyczajnie kilkanaście lat i kończy się śmiercią z wyniszczenia i niedokrwistości ze skazą krwotoczną, wśród objawów nerwowych, jak sztywność mięśni, wzmożenie odruchów i podupadanie władz umysłowych.

Choroba Niemann-Pick'a *(Spleno- hepatomegalia lipoidocellularis)* jest cierpieniem wrodzonym, występującym przeważnie u dziewcząt i to głównie w razie semickiej. Objawy chorobowe ujawniają się już w pierwszych miesiącach życia: powiększenie śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych. Skóra bywa zabarwiona szaro-żółto na twarzy i rękach i podobne zabarwienie przyjmują też twardówki. Rozwój fizyczny i umysłowy bywa z reguły powstrzymany. W krwi stwierdza się objawy niedokrwistości, przyspieszone opadanie krwinek czerwonych, hypocholesterynemię, lipemię i zmniejszenie ilości fosforu. Zmiany anatomiczne polegają na nagromadzeniu fosfatydów w powiększonych komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego, głównie w śledzionie, później w wątrobie, nadnerczach, nerkach i w mięśniu sercowym. Dzieci dotknięte tym schorzeniem giną najpóźniej w 2. roku życia wśród zaburzeń jelitowych podobnych do czerwonki i ogólnych obrzęków.

Choroba Tay-Sachs'a, cz. Niedołęstwo umysłowe rodzinne ze ślepotą *(Idiotismus amauroticus familiaris)* jest kliniczną odmianą choroby Niemann-Picka z głównym usadowieniem zmian degeneracyjnych w mózgu. Choroba ta występuje prawie wyłącznie w rasie semickiej. Rozpoczyna się rzadko przed 6. miesiącem życia, a pierwsze jej objawy polegają na postępującym podupadaniu wzroku, w związku ze zmianami na dnie oka: szarym zabarwieniu okolicy plamki żółtej z czerwonym punktem w zagłębieniu środkowym *(fovea centralis)*. Równocześnie dzieci stają się apatyczne, senne, a przy tym nadwrażliwe na bodźce słuchowe: nagły dźwięk wywołuje wzdryganie. W dalszym przebiegu rozwija się przytępienie umysłowe i osłabienie mięśniowe, obni-

żenie ciepłoty ciała, zanik nerwu wzrokowego, niedowłady wiotkie lub kurczowe, niekiedy wodogłowie miernego stopnia. Dzieci umierają przeważnie w 2-gim roku życia.

W postaci późnej, rozpoczynającej się między 4. a 14. rokiem życia, przebieg bywa dłuższy, a zmiany na dnie oka niecharakterystyczne.

Choroba Hand-Schüller-Christian'a należy również do lipoidoz, lecz usadowionych głównie w kościach płaskich czaszki, czasami w żebrach, miednicy i żuchwie. Anatomicznie stwierdza się złogi ksantomatyczne, utkane z wielkich piankowatych komórek, wypełnionych cholesteryną estryfikowaną.

Do typowego obrazu klinicznego należą: ubytki w kościach czaszki („czaszka mapiasta"), wytrzeszcz gałek ocznych, czasami jednostronny, i moczówka prosta. Cierpienie to rozpoczyna się zwykle w 2. roku życia, jest długotrwałe, z okresami samoistnej poprawy. Oprócz objawów wymienionych, często występują na skórze wykwity guzkowate i drobne wybroczyny, usadowione symetrycznie, oraz fizyczny niedorozwój (karłowatość). W pewnych przypadkach spostrzegano długotrwałe stany podgorączkowe. Skład krwi wykazuje hyperlipemię, przeważnie hypercholesterynemię, oraz monocytozę.

Leczenie lipoidoz jedynie w chorobie Hand-Schüller-Christiana może prowadzić do pewnej poprawy: naświetlanie Röntgenem przysadki i ubytków kostnych, ograniczenie w pokarmach tłuszczów i cholesteryny (jaja, móżdżek), przetwory tarczycy przy obniżonej przemianie podstawowej, oraz — przeciw objawom moczówki prostej — tylny płat przysadki mózgowej.

Choroba Gierke'go (*Glycogenosis, Hepatomegalia glycogenes*) polega na zaburzeniu w rozbudowie glykogenu, który gromadzi się głównie w wątrobie, a nadto w mięśniach, nerkach, mózgu i w innych narządach. Choroba jest wrodzoną, niekiedy rodzinną. Wstępne jej objawy, tj. bardzo znaczne powiększenie wątroby, ujawnia się przeważnie już w pierwszych miesiącach, rzadziej dopiero w 2. roku życia. Znamienne są tu zaburzenia przemiany węglowodanowej, jak acetonuria, hypoglykemia na czczo, hypercholesterynemia i nadmiar glykogenu w krwi, przedłużona i dwufazowa krzywa pokarmowa cukru w krwi, niedostateczne wzniesienie poziomu cukru po adrenalinie, a szybki wzrost po lewulozie.

U dzieci tych stwierdza się wyraźne powstrzymanie wzrostu, niedostateczny rozwój mięśni, brak podściółki tłuszczowej na pośladkach i udach. Śledziona bywa powiększona, w krwi przeważają limfocyty. Spostrzegano też nadmierne lub niedostateczne owłosienie.

Tłuszczowe powiększenie wątroby (*Hepatomegalia steatogenes*) występuje pod postacią rodzinną i wrodzoną, powoduje zatrzymanie wzrostu, różni się zaś od glykogenozy brakiem ketonurii i prawidłowym poziomem cukru w krwi, leżącym na czczo na dolnej granicy.

Leczenie obu ostatnich tezauryzmoz polega na naświetlaniu wątroby promieniami Röntgena.

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

Prof. dr FR. KS. WALTER
Prezes Krak. Tow. Lekarskiego

Klęska domu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego

Zarówno wychowankom Wydziału lekarskiego Krakowskiej Almae Matris Jagiellonicae jak też wielu kolegom lekarzom polskim — znany był Dom Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Budynek przy ul. Radziwiłłowskiej nr 4, skromny na zewnątrz, wywierał niezwykle artystyczne wrażenie na przebywających wewnątrz, sala bowiem posiedzeń i klatka schodowa wykończoną była podług projektów Stanisława Wyspiańskiego.

Myśl o wybudowaniu własnego domu Towarzystwa Lekarskiego skrystalizowała się w postanowienie w r. 1890, kiedy to na wniosek prof. Marsa wybrano pierwszą komisję budowy domu. Zbierano pieniądze wśród lekarzy i gdy w r. 1903 gmina Miasta Krakowa przychylając się do prośby Towarzystwa odstąpiła bezpłatnie parcelę przy ul. Radziwiłłowskiej, przystąpiono do budowy.

Zamierzenia ówczesnego krakowskiego świata lekarskiego dążyły do stworzenia własnego budynku, który by mieścił wszystkie stowarzyszenia lekarskie krakowskie i był domem czysto korporacyjnym. Stosownie do tych zamierzeń opracowano plany budowy, a zajęła się tym komisja złożona z drów: Bielańskiego, Gwiazdomorskiego, Kwaśnickiego, Lustgartena, Łepkowskiego i uproszonego spoza Towarzystwa nadradcy budownictwa Sarego, pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa prof. dra Juliana Nowaka.

Projekt budynku był skromny, wnętrze natomiast miało być i wygodne i piękne. Zwrócono się z prośbą do Stanisława Wyspiańskiego, aby zechciał się zająć urządzeniem wewnętrznym domu, a mianowicie westybulu, sali posiedzeń i czytelni. Przedstawiono Wyspiańskiemu potrzeby Towarzystwa i środki, pozostawiając mu swobodę działania. Była to jedyna droga, jak zaznaczył ówczesny prezes Towarzystwa prof. Nowak, do osiągnięcia rzeczy pięknej i jednolitej. Ściany i sufity pozostawiono gładkie, usuwając wszelkie gzymsy i sztukaterie. Ściany i sufity ozdobionych przez Wyspiańskiego sal, pomalowano jednolitym kolorem i urozmaicono kwiatami stylizowanymi według kartonów Wyspiańskiego. Kolory użyte do malowania ścian nie były przypadkowe, lecz zostały dostrojone do barwy mebli.

Podstawę umeblowania sali posiedzeń stanowią

stołki. „Pragnęlibyśmy — pisał wówczas prof. Nowak — aby one były wygodniejsze i okazalsze niż stołek jest zazwyczaj, ale aby z drugiej strony nie były fotelami. Pan Wyspiański skonstruował nam stołki, które w zupełności czyniły zadość tym wymaganiom. Tej samej zasadniczej konstrukcji i z tymi samymi ozdobami z brązu są stoły. Wyróżnia się tylko swoim oryginalnym kształtem stół dla prelegenta".

Dookoła ścian ustawiono ławy mahoniowe w tym samym stylu co krzesła. Nad ławami zawieszono kilimki wykonane według szczegółowych wzorów Wyspiańskiego. Motyw kilimów to powtórzenie fryzu „z Kaczkowanych Krakowiaków", pokrywającego ściany sali. Jedną z krótszych ścian przecięła galeria, również mahoniowa, ozdobiona brązami.

Jedne z drzwi wykonano monumentalnie według rysunków Wyspiańskiego, a drzwi do czytelni zastąpiono kilimkową kotarą. Sufit czytelni zdobi wieniec róż, powtórzony własnoręcznie przez Wyspiańskiego w willi prof. Nowaka, a w czasie okupacji niemieckiej zamalowany — willa bowiem zajęta została na kasyno SS.

Z czytelni prowadzą na galerię schody małe, jednak monumentalne, przypominające powagą i prostotą rysunku Wyspiańskiego Bolesławową świetlicę.

Westybul tworzy niezwykle piękną całość. Pod sufitem fryz z gałęzi kasztanów, powtórzony w balustradzie schodów. Balustrada — to jedno z najpiękniejszych plastycznych dzieł Wyspiańskiego. Stylizowane liście kasztanu na przemian czarne i niebieskawo-białe, pęki kielichów kwiatowych, błyszczących złotym brązem i miedzią, dają całość wspaniałą, czarują pięknym rysunkiem i kontrastami barwy metali umiejętnie dobranych.

Wyspiański był nieporównanym mistrzem w rysowaniu kwiatów, to też ornamentacyjny układ kwiatów jest wspaniały i daje rzeczywistą syntezę rośliny. Nie są one naśladownictwem kwiatów, ale są to kwiaty żyjące życiem indywidualnym, a w układzie ich jest niemal artystyczna logika naśladująca rozkwitłe kwiecie kasztanu.

Środkowe duże okno westybulu poświęcono Kopernikowi w witrażu, dom bowiem przeznaczony był na przybytek polskich nauk przyrodniczych. Wyspiański nie rysował Kopernika, ale stworzył witraż „System Kopernika", godny wielkiego polskiego uczonego — monument.

„Na niebieskim tle przestworzy astronomicznych rysują się orbity jako stałe wytknięte szlaki, po których mają niezmiennie krążyć ujarzmione myślą wielkiego astronoma, światy. Pędzą więc po nich klasycznym pojęciem w ludzkie zaklęte postacie: stary Saturn, Jowisz, Mars, Merkury, a na dole witrażu przepysznie narysowana ziemia z księżycem i Venus. Nad rysunkiem panuje olbrzymi Apollo-Słońce. Przywiązany do lutni stoi nieruchomy, bo oto geniusz Kopernika zatrzymał Słońce-Apollina i zrobił go osią systemu słonecznego" (J. Nowak).

Wieszadła znajdujące się w westybulu wykonano również według pomysłu Wyspiańskiego. Lampy elektryczne przymocowane są do pięknych gwiazd ażurowych, skomponowanych przez Wyspiańskiego na motywach kryształów śniegowych, a wykonanych w metalu. Spełniają one zadanie reflektorów, a siedem ich połączonych w jedną wielką gwiazdę tworzą wspaniały świecznik wiszący w westybulu.

Za wielką zasługę świata lekarskiego poczytać należy, że postanowił, aby przy tej nadarzającej się sposobności, urządzenia wnętrza domu Towarzystwa — potężny duch Wyspiańskiego mógł i w tym kierunku znaleźć swój niezwykły wyraz. Zasługą niezapomnianą, pobudzającą do wdzięczności całego środowiska Krakowa, była i jest inicjatywa wielkiego wielbiciela talentu Wyspiańskiego Rektora prof. Juliana Nowaka, który nakłonił komisję budowlaną do powołania artysty na głównego twórcę wnętrza domu naszego Towarzystwa. Ogólne wrażenie wnętrza domu — było wysoce artystyczne,, a przede wszystkim kolorystyczne, użyte bowiem barwy odznaczały wielką świeżość i natężenie tonu, a szczegóły takie, jak balustradę, witraż, galerię i dekorację sali należy zaliczyć do najlepszych dzieł dekoracyjnych talentu wielkiego artysty.

Siedemnasty stycznia 1945 r. obrócił niemal w perzynę wielkie dzieło i pogrążył w żalu krakowski świat lekarski. Wybuch miny ekrazytowej, podłożonej pod pobliski most kolejowy przy ul. Kopernika wstrząsnął domem, spowodował ruinę dachu, drzwi, okien. Czego niemiecka ręka zbrodnicza nie zniszczyła, dokonała tego wielka katastrofa. Wspaniały witraż rozpadł się w kawałki. Wiele szkód poczyniła niszczycielska ręka domorosłych burzycieli dobytku kulturalnego. Bibliotekę, umieszczoną w dobudowanej mansardzie w r. 1922 na szczęście udało się uratować, również meble, stoły, portrety, aparaty projekcyjne. Przepadło brązowe popiersie założyciela Towarzystwa dra Adriana Baranowskiego, wyjęte i zniszczone prawdopodobnie przez Niemców. Dziś dom, pozbawiony nakrywy, okien i drzwi, niszczeje. Starania o dotacje na roboty zabezpieczające u czynników rządzących, na razie nie są zrealizowane pomyślnie. Pierwszym zadaniem zabezpieczenia jest pokrycie dachu i zabicie drzwi wchodowych i okien, aby zabezpieczyć nie tylko mury gmachu, ale urządzenie stałe, tak wspaniałe i jedyne zachowane dzieło twórczego talentu Wyspiańskiego. Towarzystwo Lekarskie odżyło, posiedzenia naukowe idą w pełni, ciesząc się niezwykłą frekwencją, życie naukowe tętni żywo. Niestety brak nam środków do uchronienia tego co pozostało i aby przekazać wielkie dzieło krakowskiego świata lekarskiego — potomności. Nie tracimy nadziei. Łącznie z Izbą Lekarską i jej przedstawicielami prymariuszem drem Gołąbem i drem Ciećkiewiczem — których pomoc przy ratowaniu majątku Towarzystwa była nieoceniona i pełna koleżańskiego poświęcenia, czuwamy nad dobrem gmachu. Ponawiamy stale starania o wyjednanie potrzebnych subwencji, mając przygotowane plany i kosztorysy zabezpieczających robót. Wynoszą one około 100 tysięcy złotych, podczas gdy koszta zupełnego remontu obliczane są na 850 tysięcy złotych. Na nasze warunki i stosunki, suma nie do osiągnięcia. Wierzymy jednak, że czynniki rządowe i miejskie, jak również świat lekarski znajdą drogę dla wyjednania nam pomocy — aby wielkie dzieło naszych poprzedników, naszych mistrzów i kolegów — wskrzesić, dom ożywiony twórczym duchem Wyspiań-

skiego ożywić nowym, silnie tętniącym życiem naukowym i aby jak najrychlej rozprawy uczonych wypełniły sale posiedzeń Wyspiańskiego — ku chwale naszej nauki i dla dobrani eszczęśliwych naszych rodaków.

Dr Z. PRZYBYŁKIEWICZ

Uniwersytet Jagielloński w trosce o zdrowie społeczeństwa

Zakłady Uniwersytetu Jagiellońskiego, pomieszczone w budynku przy ulicy Czystej 18, a mianowicie Zakład Bakteriologii U. J., Zakład Mikrobiologii Rolniczej U. J. i Zakład Patologii U. J. zostały zajęte przez niemieckie władze wojskowe natychmiast po wkroczeniu wojsk niemieckich do Krakowa, we wrześniu 1939 r. Początkowo pomieszczono w nich wojskową pracownię bakteriologiczną, którą jednak wkrótce przeniesiono na ul. Wrocławską, a na jej miejsce zorganizowano w całym budynku wojskową wytwórnię szczepionki przeciw durowi osutkowemu, pracującą wg. met. Weigla. Wytwórnia ta przetrwała aż do lipca 1944 r. W tym czasie ewakuowano ją częściowo do Rzeszy. Druga i ostateczna ewakuacja nastąpiła w dniach 13 i 17 stycznia 1945 r. Po tej drugiej ewakuacji pozostała w zakładzie jedynie niewielka ilość lichych, wojennych mebli, których wywozić się nie opłacało, oraz częściowo urządzenie elektryczne, gazowe i wodociągowe. Częściowo — gdyż powykręcano nawet kurki gazowe i wodociągowe, kontakty elektryczne, pozabierano prawie wszystkie umywalnie i zlewy. Miarą ilości wywiezionego dobra uniwersyteckiego jest ilość 980 skrzyń, które wywieziono w lipcu 1944 r., przy czym wywożone meble i większe przyrządy znaczono osobno inaczej. Tylko nieliczne przyrządy oraz części urządzenia udało się uratować przez wyniesienie ich jeszcze przed zapakowaniem.

Wywiezione do Rzeszy dobro uniwersyteckie zostało poza plecami Niemców w miarę możności zabezpieczone. W grudniu 1944 r. wyjechał do Roth koło Norymbergi, gdzie zostały zwiezione ewakuowane z Zakładu rzeczy, jeden z pracowników Polaków. Niemcom wydawało się, że potrafili go do tego zmusić. Nie wiedzieli wcale o tym, że za ich plecami człowiek ten został dokładnie pouczony, jak ma postępować w razie zajęcia Roth przez wojska sprzymierzone, i że wyjechał dobrowolnie. Celem zabezpieczenia przed zniszczeniem lub grabieżą dostał on polecenie zgłoszenia się do pierwszego oficera wojsk sprzymierzonych, jaki wkroczy do Roth i wyjaśnienia czyją własnością są znajdujące się tam rzeczy. Równocześnie miał zażądać straży wojskowej. Otrzymał on przed wyjazdem pieniądze z funduszów tajnego uniwersytetu, celem zaopatrzenia się w zapasy żywności na kilka miesięcy. Człowiek ten przyjechał do Krakowa ż Roth w okresie Bożego Narodzenia 1944 r. i zdał sprawę z sytuacji w Roth, poczym wyjechał z powrotem. Większość rzeczy w tym czasie była jeszcze nierozpakowana, między innymi cała biblioteka. Istnieje więc nadzieja, że wywiezione urządzenia ocalały.

Niemcy rządzili się w Zakładzie po niemiecku. Więc przede wszystkim przebudowywano co się tylko dało. Z pięknej, dużej sali ćwiczeń zrobiono 6 małych pomieszczeń, które nawiasem mówiąc nigdy nie były należycie wykorzystane. Ustosunkowanie do Polaków, początkowo znośne w krótkim czasie zmieniło się w zdecydowanie wrogie. Za upomnienie się o należące się Polakom przydziały żywnościowe zostałem ukarany obniżką poborów i zupełnym odebraniem dodatków żywnościowych. W pierwszych miesiącach pracy niemieckiego instytutu obiecywano Polakom urządzenie świetlicy, stołówkę itp. Skończyło się na terrorze. Aby być bezstronnym trzeba jednak podkreślić, że większość żołnierzy i podoficerów, rekrutujących się spośród Austriaków zachowywała się poprawnie. Nacisk i przykład w kierunku terroryzowania Polaków szedł z góry od oficerów, którzy byli wyłącznie Niemcami, choć nie zawsze Prusakami. W tych warunkach od pierwszych chwil wytworzył się opór ze strony Polaków, którzy w Instytucie stanowili około 95% załogi. Praca wykonywana była źle i niedbale, względnie celowo błędnie. Nic więc dziwnego, że w roku 1944 specjalne badania przeprowadzone przez asystenta Niemca wykazały że zaledwie 1,0% wszy w szczepionce jest jako tako zakażony. Tak zdecydowanie złe wyniki pracy musiały być jednak tolerowane przez kierownictwo. Sam kierownik instytutu zrobiwszy przez organizację tegoż instytutu błyskotliwą karierę popadł w pewnego rodzaju zależność od Polaków. Chcąc poprawić wyniki pracy musiałby zwolnić większość pracowników, to zaś oznaczałoby przyznanie się do tego, że szczepionka nic nie jest warta, a tego nie mógł zrobić. Tym niemniej nosił się on w końcowym okresie istnienia instytutu z zamiarem zastąpienia większości mężczyzn pracujących w instytucie kobietami, licząc że te jako bardziej uległe dadzą się łatwiej sterroryzować i będą lepiej pracować. Jak błędny zresztą był ten osąd świadczy przykład preparatorek, które potrafiły miesiącami wylewać większość wszy oddanych im do spreparowania do zlewu i preparować resztę tylko dla oka.

W czasie walk o Kraków budynek został uszkodzony uderzeniem pocisku armatniego, który poprzez dach uderzył w komin centralnego ogrzewania. Wypadły wszystkie szyby. Urządzenie wodociągowe i centralnego ogrzewania udało się na szczęście uratować. Spuszczenie wody w dniu 17 stycznia, a więc w chwili kiedy Kraków był jeszcze w rękach niemieckich, zapobiegło popękaniu rur i grzejników centralnego ogrzewania i związanemu z tym zamoknięciu i zniszczeniu ścian.

Natychmiast po wyzwoleniu Krakowa rozpoczęto prace remontowe budynku. Doceniając ciężkie położenie epidemiologiczne kraju, oraz potrzeby społeczeństwa z tym związane, Uniwersytet Jagielloński wystąpił jeszcze w dniu 23 stycznia z projektem uruchomienia w budynku przy ul. Czystej 18 wytwórni szczepionek przeciwko różnym chorobom zakaźnym. Pisemny projekt tej treści złożyli w tym dniu rektor U. J. prof. dr T. Lehr-Spławiński, dziekan wydziału lekarskiego U. J. prof. dr J. Supniewski oraz podpisany na ręce bawiącego wów-

czas w Krakowie ministra oświaty. Projekt został przyjęty przychylnie, minister zaznaczył jednak, że sprawę należy skierować do ministerstwa zdrowia.

Jak się wkrótce okazało projekt ten pokrywał się w zupełności z projektem wysuniętym już wcześniej na terenie Lublina przez nadzwyczajnego komisarza do walki z epidemiami, wicemin. doc. dra J. Morzyckiego, którego delegat dr Kryński zjawił się w Krakowie już dnia 24 stycznia. Nadzwyczajny komisariat posiadał możliwości finansowe, których nie miał jeszcze w tym czasie Uniwersytet Jagielloński, tak że prace organizacyjne finansował początkowo NK. W lutym za zgodą U. J. wcielono zakład produkcji szczepionek X (taką nazwę otrzymał tworzący się zakład) w ramy P. Z. H. Na podstawie umowy pomiędzy P.Z.H. a U. J. ustalono sposób użytkowania budynku w ten sposób, że zakł. prod. szczep. użytkuje parter i I piętro, a U. J. II piętro.

Wytwarzanie szczepionek rozpoczęto już z początkiem maja, tak że w dniu 1. VI. w czasie uroczystego otwarcia, zakład posiadał pokaźną ilość 3.200 szczepionek przeciw durowi osutkowemu, oraz pewną ilość szczepionki przeciw durowi brzusznemu. W projekcie jest również uruchomienie innych działów produkcji.

Zakład walczy z wielkimi trudnościami technicznymi. Wywiezione przyrządy trudno jest zastąpić nowymi, których nie można nabyć nawet po najwyższych cenach. Dużą pomocą w tym kierunku jest własny warsztat mechaniczny, który wytwarza nawet precyzyjne przyrządy optyczne. Niestety i tu praca jest bardzo utrudniona wobec wywiezienia prawie wszystkich obrabiarek.

Dr MARIAN CIEĆKIEWICZ

Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie w czasie okupacji niemieckiej

Wybuch wojny zastał Ubezpieczalnię Społeczną w Krakowie podobnie jak większość instytucji samorządowych, nieprzygotowaną do wojny. Lekarz Naczelny dr Zygmunt Szymkiewicz bawił od kilku tygodni na urlopie na Pomorzu, nie mógł więc już wrócić do Krakowa, zastępca dr Władysław Medyński opuścił w dniu 3 września 1939 r. Kraków i udał się początkowo na wschód, później na Węgry, wreszcie do Jugosławii, gdzie w Cirkvenicy zmarł w r. 1942. Obaj lekarze administracyjni którzy mogli ewentualnie stanąć na czele lecznictwa Ubezpieczalni tj. dr Marian Ciećkiewicz z Krakowa i dr Wincenty Gorczyca z Olkusza, zostali powołani do wojska. W Krakowie pozostał tylko dyrektor Ubezpieczalni Zygmunt Klemensiewicz i wicedyrektor Krwawicz; obowiązki Lekarza Naczelnego objął najstarszy konsulent dr Wacław Zakrzewski. Szpital im. G. Narutowicza, opuszczony również przez dyrektora dra J. Szancenbacha, wezwanego z przeważną częścią lekarzy do służby wojskowej, pozostał na opiece dr Stefanii Trzebickiej okulisty Ubezpieczalni Społecznej.

W pierwszym okresie okupacji niemieckiej, gdy w Krakowie rządy sprawowało jeszcze wojsko niemieckie, Ubezpieczalnia była zostawiona swemu losowi. Działalność jej wtedy była bardzo nikła, albowiem znaczna część lekarzy udała się z wojskiem na wschód, większość urzędników została powołaną do wojska, względnie udała się na dobrowolną ewakuację, ludność zaś ubezpieczona i ich rodziny miały chwilowo poważniejsze zmartwienia i dlatego rzadko zwracały się o pomoc do Ubezpieczalni Społecznej.

Niemcy mieli z góry przygotowane plany co do polskich ubezpieczeń społecznych, albowiem już w kilka dni po wkroczeniu wojsk niemieckich zjawił się w Krakowie pewien cywilny urzędnik niemiecki, który natychmiast objął we władanie Ubezpieczalnię Społeczną i oddział Zakładu Ubezpieczeń społecznych. On też wprowadził na krótki okres jako komisarza Ubezpieczalni pułkownika wojsk ukraińskich Bazylewicza, który został później odwołany z Krakowa i więcej się już w Krakowie nie pokazał. Tymczasem Ubezpieczalnia Społeczna zaczęła podejmować swą przedwojenną działalność, organizować na nowo opuszczone przez lekarzy domowych rejony i angażować nowych lekarzy.

W połowie października 1939 r. wróciłem do Krakowa i na polecenie dyrektora Ubezpieczalni objąłem od docenta Siedleckiego, który zastępował chorego wówczas dra Zakrzewskiego obowiązki Lekarza Naczelnego. W kilka dni później przybyło do Ubezpieczalni trzech Niemców, z których dwóch pozostało w Ubezpieczalni na stałe (niemiecki komisarz i jego zastępca), trzeci został po kilku dniach przeniesiony do tworzącego się właśnie oddziału pracy w Okręgu tzw. „Dystrykcie". Odtąd Ubezpieczalnia była zdaną na łaskę i niełaskę dyktatora Ubezpieczalni Schmitta i jego zastępcy Kainza. Schmitt przybył na swe stanowisko z Wiednia, gdzie był naczelnikiem wydziału świadczeń tamtejszej kasy chorych i przywiózł odrazu ze sobą oprawny tom tłumaczenia niemieckiego polskiej ustawy o ubezpieczeniu społecznym wraz z odnośnymi rozporządzeniami ministerstwa opieki społecznej.

Tak się jakoś złożyło, że niedługo po objęciu urzędowania przez Niemców został aresztowany dyrektor Klemensiewicz i osadzony w więzieniu przy ul. Montelupich. Po zwolnieniu z więzienia nie dopuszczono go już do poprzedniego urzędowania, wobec czego dyrektor Klemensiewicz poświęcił się całkowicie działalności społecznej w Komitecie Opieki nad więźniami, gdzie dzięki swej odważnej pracy i poświęceniu, zdobył sobie niezapomniane imię.

Obowiązki dyrektora Ubezpieczalni objął wówczas dr Karol Kropatsch, który właśnie wrócił ze Lwowa, przedwojenny wicedyrektor i szef działu finansowego Ubezpieczalni. Odtąd przez pięć lat okupacji pracowaliśmy razem w największej zgodzie i harmonii, mając przed sobą tylko jeden cel tj. dobro ubezpieczonych i instytucji kierowanej przez nas. Zgoda i harmonijna współpraca dyrektora i lekarza naczelnego są zawsze pożądane dla dobra instytucji, w warunkach okupacyjnych była ona koniecznością i gwarancją utrzymania jednolitej linii postępowania wobec okupantów,

Wobec spadku liczby ubezpieczonych, przeprowadziła Ubezpieczalnia z dniem 31 grudnia 1939 r. redukcję personelu urzędniczego. Personel lekarski nie został wówczas zredukowany, jednakże przyjmowanie lekarzy powracających ze wschodu, z obozu jeńców itp., natrafiało w tym okresie już na pewne trudności, mimo to, że pobory lekarzy zostały przez niemieckiego komisarza odrazu ograniczone do maksymalnej wysokości 400 złotych na miesiąc.

Już w jesieni 1939 roku zwrócił się dr Giller późniejszy doradca lekarski wydziału pracy w rządzie Gen. Gub. do komisarza Schmitta z propozycją natychmiastowego zwolnienia z Ubezpieczalni wszystkich kolegów żydów. Schmitt oparł się temu naciskowi, ponieważ nie było to żadne zarządzenie jego władzy bezpośredniej. W lutym 1940 r. ponownie wypłynęła sprawa zwolnienia żydów z Ubezpieczalni, tym razem jednak nie z inicjatywy niemieckiej, lecz na wniosek lekarzy ukraińców. Dr Patryło zaufany lekarz ukraiński niemieckiego komisarza Izby Zdrowia dra Krolla („Ukrainischer Vertrauensmann bei der Gesundheitskammer") zgłosił się u mnie z gotową listą lekarzy żydów zajętych w Ubezpieczalni oraz z listą lekarzy proponowanych przez niego na ich zastępców. Lista ta zawierała 23 ukraińców i 2 polskie „rodzynki". Obie listy były uzgodnione z drem Krollem i poparte jego pismem skierowanym do niemieckiego komisarza Ubezpieczalni. Tym razem niemiecki komisarz Ubezpieczalni nie oparł się już temu naciskowi, ponieważ dr Kroll działał w charakterze stałego zastępcy „wodza zdrowia" Walbauma, członka rządu Gen. Gubernii, a późniejszego ministra zdrowia. Wykorzystując argumenty dra Krolla, zatrzymaliśmy część lekarzy żydów dla leczenia ubezpieczonych żydów, którzy zostali wówczas zmuszeni do pracy w różnych zakładach mundurowych, w szwalniach, cegielniach itp. Dopiero likwidacja Ghetta krakowskiego i prowincjonalnych Ghett zmusiła nas do rozwiązania stosunku pracy z lekarzami żydami z dniem 31 grudnia 1942 roku. Proponując ukraińcom skierowanym do Ubezpieczalni na miejsce zwalnianych żydów wolne placówki w odległych miejscowościach powiatu miechowskiego i olkuskiego, na co nie mieli oni najmniejszej ochoty, gdyż pragnęli pozostać i „działać" w Krakowie — pozbyłem się ich jako kandydatów na wolne stanowiska i zatrudniłem w miejsce zwolnionych żydów — lekarzy Polaków, wyrzuconych właśnie przez Niemców z poznańskiego i Pomorza.

Dzięki temu, że w Warszawie pozostał Zakład Ubezpieczeń społecznych i nadal działał, wkrótce doszły do skutku „Ogólne zasady w sprawie przyjmowania do pracy, wynagradzania i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni Społecznych". Zaczęły one obowiązywać od 1 stycznia 1941 r. i na czas okupacji uregulowały warunki pracy i płacy lekarzy Ubezpieczalni społecznych. Oczywiście warunki te daleko odbiegały od przedwojennych zdobyczy świata lekarskiego, zajętego w ubezpieczalniach społecznych tj. od „zasad ogólnych umów z lekarzami ubezpieczalni społecznych" z roku 1939. Nie uznawały one żadnych praw lekarzy stałych, dłuższych urlopów, odpraw, dodatków za wysługę lat itp., jednakże nieznacznie poprawiały uposażenie lekarzy.

Z początkiem roku 1940 wybuchła w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie afera z „gazetkami". Gestapo stwierdziło, że w Ubezpieczalni krakowskiej drukuje się antyniemieckie ulotki, a więc że Ubezpieczalnia uprawia zamiast leczniczej, działalność „zbrodniczą". Aresztowano wówczas kilkunastu, a stopniowo później kilkudziesięciu pracowników, niektórych nawet z rodzinami i umieszczono w obozach koncentracyjnych, gdzie przeważna ich część zginęła śmiercią męczeńską. Spośród lekarzy aresztowano ówczesnego zastępcę lekarza naczelnego dra Mikołaja Kwaśniewskiego, wybranego tuż przed wojną prezydentem miasta Krakowa i dra Witolda Preissa, chirurga Ubezpieczalni. Obaj lekarze znaleźli również męczeńską śmierć w Oświęcimiu.

Komisarz Schmitt miał pewną słabość do świadczeń jako były szef tego właśnie wydziału i nie przeszkadzał polskiej dyrekcji w pracy, nawet jeśli chodziło o wydatki gotówkowe. Znając jego słabe strony, potrafiliśmy w r. 1940 a nawet w r. 1941 wydać razem około 130.000 złotych na profilaktykę już wówczas zakazaną przez Niemców, gdyż jak nam to komisarz ZUS'u Stiller w przystępstwie szczerości oświadczył: „dla dzieci nie ma rząd żadnego zainteresowania, tylko dla zdrowia pracowników zajętych w ważnym przemyśle wojennym". Akcja profilaktyczna dla dzieci dopuszczalna początkowo za zgodą szefa oddziału pracy w Okręgu, później została w sposób zdecydowany zakazana i w budżecie Ubezpieczalni nie wolno było nawet przewidywać na ten cel żadnych kwot.

Nie mogąc uprawiać akcji profilaktycznej zorganizowaliśmy w jesieni 1940 r. dla ubezpieczonych „Dom Zdrowia" w Skawinie. Ten Dom Zdrowia był już czynny przed wojną jako dom wypoczynkowy dla kobiet, zajętych w przemyśle. W czasie wojny został przekształcony na Dom dla ozdrowieńców po ciężkich zabiegach operacyjnych, po wyniszczających chorobach i został przeznaczony zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Co pół roku zmieniał się turnus męski na turnus żeński.

Otwarcie Domu Zdrowia w Skawinie odbyło się uroczyście. Zaproszeni przez niemieckiego komisarza goście urzędowi, między innymi ówczesny naczelnik oddziału pracy w Okręgu krakowskim późniejszy prezydent Krakowa Pavlu wygłosili programowe przemówienie, sławiące talent organizacyjny Niemców, poczem nastąpiła część nieoficjalna, tj. upragniona przez Niemców libacja. Uroczystość tę zakłóciły dwa incydenty. Pierwszym było stwierdzenie przez starostę dra Höhlera w magazynie Domu Zdrowia kilku połci słoniny, przeznaczonej do konsumpcji przez polskich ozdrowieńców. Słonina była wówczas artykułem zakazanym dla Polaków (później nawet karą śmierci) i przeznaczoną była tylko dla walecznej armii niemieckiej. Drugim incydentem było stwierdzenie przez niemieckiego komisarza, że polska dyrekcja nie wzięła udziału w części nieoficjalnej tj. libacji. Na szczęście żaden z incydentów nie pociągnął za sobą przykrych następstw.

Dom Zdrowia w Skawinie dobrze spełnił swe zadanie. Był on wówczas pierwszym, a później nawet jedynym zakładem w Polsce, przeznaczonym na wypoczynek dla niewolniczo pracującej ludności polskiej. Ambicją zarządu Domu Zdrowia pozostającego pod kierunkiem doc, dra Michała Godyckiego z Po-

znania, było dać mieszkańcom Domu takie pożywienie, któreby w ciągu dwóch do trzech tygodni pozwoliło wyrównać dotychczasowe straty, poniesione wskutek systematycznego głodzenia ludności polskiej, a nawet stworzyć pewne rezerwy na przyszłość. Wypadki przybytku na wadze w Domu Zdrowia 2 do 3 a nawet 5 kilogramów nie należały do rzadkości. Zakład ten był czynny przez cały czas wojny aż do lata 1944, kiedy to znajdująca się już w odwrocie armia niemiecka zajęła dom na swoje potrzeby.

Wzrastający stan ubezpieczonych i warunki finansowe w jakich znalazła się Ubezpieczalnia po zwalczeniu trudności w związku z działaniami wojennymi w r. 1939 pozwolił Dyrekcji i Ubezpieczalni Społecznej skierować środki finansowe we właściwym kierunku. Postanowiliśmy wówczas skorzystać ze sposobności i zmodernizować nasze zakłady lecznicze i rozpoznawcze. Wtedy to nastąpiła przebudowa oficynowej części budynku przy ul. Dunajewskiego 5, gdzie na parterze i pierwszym piętrze znalazł pomieszczenie zakład leczenia fizykalnego, na drugim piętrze zakład rentgenowski. Oba zakłady zostały wyposażone w nowoczesne aparaty diagnostyczne łącznie z Kymografem i aparaty lecznicze, w tym około 10 aparatów nowoczesnych do leczenia krótkimi falami, diatermie operacyjne itp. Gdyby nie rabunkowa gospodarka niemiecka i wywiezienie części aparatów do Niemiec w jesieni 1944 r., stanowiłyby one dziś poważną placówkę naukową oddaną w całości na użytek zdrowia publicznego.

Trzecie piętro tego budynku, właściwie zapomniane przez Niemców, zostało wykorzystane na magazyn środków leczniczych, narzędzi lekarskich, oraz na magazyn materiałów dentystycznych. Wykorzystując koniunkturę Ubezpieczalnia Społeczna zakupywała za gotówkę większe partie materiałów dentystycznych, a więc kauczuk, wosk, zęby sztuczne, klamry, ssawki itp., dzięki czemu mogła hojną dłonią przyznawać przez cały czas wojny ubezpieczonym i ich rodzinom protezy dentystyczne. Wszelkie wprowadzane przez Niemców ograniczenia świadczeń były wobec harmonijnej współpracy polskiej dyrekcji i urzędników Ubezpieczalni martwą literą prawa. Lojalnie należy przyznać, że niemiecki kierownik Ubezpieczalni robił dyrekcji większe przykrości z powodu opuszczenia przecinka w piśmie, które mu przedłożono do podpisu, aniżeli z powodu nadmiernych wydatków na świadczenia lecznicze dla ubezpieczonych.

Większe trudności rozpoczęły się dla Lekarza Naczelnego dopiero z chwilą przysłania do Ubezpieczalni Społecznej dra Albrechta Puppego, który objął w sierpniu 1941 r. stanowisko niemieckiego lekarza naczelnego, a zarazem kierownika oddziału pracy w Okręgu krakowskim. Dr Puppe posiadał kwalifikacje konsulenta berlińskiej kasy chorych, a został skierowany do Krakowa, ponieważ w Berlinie dłużnicy żyć mu już nie dawali i wkrótce stał się znaną i popularną osobistością Krakowa. Potrafił on zjednoczyć w swym ręku nie tylko obowiązki niemieckiego lekarza naczelnego Ubezpieczalni i lekarskiego kierownika oddziału pracy w Okręgu krakowskim, lecz nadto wkrótce stał się lekarzem zaufania Urzędu Pracy, służby budowlanej („Baudienst") fabryki konserw Gmyrka, fabryki makaronu „Mazoli", fabryki czekolady Pischingera, zakładów mundurowych, browaru krakowskiego i wielu innych. Każde z tych stanowisk przynosiło mu oprócz stałych poborów dalsze owoce pracy w postaci kiełbas, piwa, wina, makaronu, słodyczy itp. Dr Puppe nie martwił się obowiązkami przyjętymi na siebie — od czegóż byli polscy lekarze konsulenci? Oni badali chorych skierowywanych do dra Puppego, on tylko podpisywał wyniki badań i inkasował gotówkę. Wierzyciele znaleźli go jednakże i w Krakowie i odtąd zaczęła się w Ubezpieczalni interesująca korespondencja, która wszystkich bawiła a tylko dra Puppego widocznie już do tego przyzwyczajonego wcale nie wzruszała. Aby go z tych „parszywych" długów, kondyktów i skarg czasami o kwoty takie jak 5 Mk wyzwolić i uwolnić od korespondencji z wierzycielami, która bawiła całą Ubezpieczalnię, niemiecki kierownik udzielił mu za zgodą rządu pożyczki z funduszów Ubezpieczalni w kwocie 30.000 złotych.

Dr Puppe przyglądał się pewien czas pracy polskiego lekarza naczelnego — odtąd było w Ubezpieczalni dwóch lekarzy naczelnych, niemiecki i polski — poczem stopniowo zaczął ograniczać jego swobodę, głównie w dziedzinie uznawania ubezpieczonych za niezdolnych do pracy.

Stało się to w związku z licznymi prawie codziennymi skargami, niemieckich pracodawców i niemieckich kierowników biur i firm na polskich lekarzy i konsulentów, którzy rzekomo zbyt łatwowiernie szli ubezpieczonym na rękę i zwalniali ich z powodu błahych powodów lub nawet bez powodu z pracy. Im gorzej powodziło się Niemcom na froncie, tym energiczniej chcieli okupanci niemieccy ratować front represjami stosowanymi wobec polskich pracowników w krakowskich zakładach pracy. Na licznych konferencjach zwoływanych przez niemieckiego komisarza, w których musieli brać udział konsulenci a nawet wszyscy lekarze leczący, padały słowa tego rodzaju: „to jest sabotaż, za to się idzie do Oświęcimia" itp. Mimo to lekarze Ubezpieczalni zwalniali z pracy i wydawali pisemne zaświadczenia niezdolności do pracy nie tylko wszystkim istotnie chorym i potrzebującym odpoczynku, lecz również w uwzględnieniu „wskazań życiowych" tym wszystkim, którzy musieli wyjeżdżać z Krakowa, aby przywieźć żywność dla najbliższej rodziny, oraz tym, którzy musieli na jakiś czas zniknąć z horyzontu.

Ta niebezpieczna praca a w każdym razie przykra z uwagi na najdziksze wymysły dra Puppego pod adresem zainteresowanego a schwytanego na gorącym uczynku lekarza musi być podniesioną, choćby z uwagi na to, że jednemu lekarzowi nie uszło to płazem. Dr Puppe postarał się o to, aby jeden z lekarzy domowych, który bez dostatecznego — zdaniem niemieckiego lekarza uzasadnienia, zwolnił ubezpieczonego od prac przy budowie okopów, a sam zasmakował, jak ta praca wygląda. Lekarz ten został skierowany z odpowiednim poleceniem przez Izbę Zdrowia do Tarnowa, a stamtąd do więzienia, skąd dopiero z trudem mógł się wydostać i wrócić do Krakowa. W związku ze skargami niemieckich pracodawców powiększaliśmy stale liczbę lekarzy konsulentów, co jednak wcale nie poprawiło stanu niezdolnych do pracy. Stan ten nie przekraczał w Niemczech przeciętnie 4%, w Krakowie za to w większych

zakładach przemysłowych przekraczał stale 16%, a gdzieniegdzie dochodził okresowo do 18% i więcej. W samej Ubezpieczalni też nie było lepiej, gdyż i tu stan niezdolnych do pracy urzędników wynosił stale około 12%. Dopiero ucieczka Niemców z Krakowa sprawiła to, że w Ubezpieczalni wróciły normalne stosunki i dziś nie więcej jak 2% pracowników absentuje się w pracy z powodu choroby.

Dr Puppe szukał nowych dróg celem zaradzenia złu, szczególnie gdy naczelnikiem wydziału pracy w rządzie po drze Gillerze, który skończył w Krakowie śmiercią samobójczą, stał się młody, energiczny i dość dobrze zorientowany dr Geske. Aby wykazać swą inicjatywę, dr Puppe pisywał liczne memoriały i przedstawiał je czynnikom rządowym. Pamiętam jeden z nich w sprawie wczasów robotniczych. Dr Puppe proponował, aby robotnicy fabryczni spędzali okres urlopowy w swych zakładach pracy, gdyż wówczas na pewne nie będą zajmowali się handlem. Jako były lekarz okrętowy wzorował się na urlopach obowiązujących marynarzy na okrętach wojennych. Według projektu Puppego robotnicy mieli przychodzić o zwykłej porze razem z innymi do zakładu pracy i tam mieli spędzać wolny od pracy czas w osobnym lokalu, a wieczorem razem z wszystkimi wracać do domu. Na zapytanie Puppego, jak mi się podoba jego projekt, odparłem — „nie podoba mi się, raczej należałoby już umieszczać ich na czas urlopu na Montelupich, gdyż wówczas nie tylko nie będą zajmowali się handlem, lecz będą pozostawali pod stałym dozorem". Jest to tylko jeden dowód tej swoistej mentalności dra Puppego, zdolnego do obrócenia wszystkiego w korzyść osobistą, jednak niezdolnego do pogodzenia się z myślą, że urlopowany polski robotnik będzie mógł na prawdę korzystać z wczasów i że przynajmniej podczas urlopu powinien być zabezpieczony przed łapankami nad Wisłą, lub nad Rudawą, skoro mu już nie wolno wyjechać do Zakopanego, Rabki i Krynicy, bo tam wszystko zarezerwowane „nur für Deutsche".

Drobne niedokładności dra Puppego w zakresie łatwego uznawania pewnych osób za niezdolne do pracy w Rzeszy, w służbie budowlanej, względnie ostatnio przy kopaniu okopów, nie uszły mu zupełnie bezkarnie. Oto znany ze swego wynalazku kupowania niewolników, wysyłanych zastępczo do Rzeszy dr Krämer wpadł na taką niedokładność dra Puppego i niewiele brakowało, aby Puppe zaczął swoje memoriały ulepszające polskie ubezpieczenia społeczne pisywać z tego samego obozu koncentracyjnego, w którym znalazł się również osławiony niemiecki lekarz naczelny Ubezpieczalni warszawskiej dr Vieweg. Przyznać jednak trzeba, że władze niemieckie były bardzo pobłażliwe dla swych urzędników oskarżonych o łapownictwo; zeznanie Polki, że wręczyła „górala" za zwolnienie z wyjazdu do Rzeszy mogło przecież być tylko wyrazem nienawiści rasowej a nie świadectwem prawdziwego zdarzenia. Nic więc dziwnego, że drowi Puppemu tym razem również się upiekło.

W lecie 1944 roku, gdy rozpoczął się już paniczny odwrót Niemców z nad Sanu i Bugu, stracił także panowanie nad swymi nerwami niemiecki komisarz Schmitt i korzystając z zamieszania, opuścił pokryjomu Kraków i wrócił nad modry Dunaj. Przed swym wyjazdem zabronił jednak kategorycznie drowi Puppemu, który pragnął natychmiast zdemontować zakład Rentgena i zakład leczenia fizykalnego a jeżeliby to miało trwać zbyt długo to porozbijać go siekierą, aby nie wpadł w ręcze Czerwonej Armii, demolowania zakładu i oświadczył polskiej dyrekcji, że podjąłby się przechowania w Wiedniu naszych aparatów leczniczych, bo „co Prusacy raz wam wezmą, tego już nigdy nie zobaczycie". Tak się też stało. Demontowanie aparatów rentgenowskich w Krakowie trwało bardzo długo. Po trzech miesiącach gdy już dłużej z tym niepodobna było zwlekać, wydział gospodarczy Ubezpieczalni spakował aparaty i wysłał je zgodnie z poleceniem dra Geskego do Bad Landeck na D. Śląsku. I tu nie obeszło się bez incydentu, albowiem po zbadaniu skrzyń na miejscu okazało się, że brak tam wszystkich lamp rentgenowskich i pewnych części składowych niezbędnych do uruchomienia aparatury. Na szczęście następca Schmitta, Thiel, przed wykonaniem swych pogróżek pod adresem moim i dra Dorawskiego (kierownika zakładu Rentgena) z powodu sabotażu, upił się i „skręcił kark" przy upadku ze schodów, tak, że został bezzwłocznie odesłany do Rzeszy do szpitala. Dalszy następca Schmitta nie wnikał zbyt szczegółowo w tą sprawę, gdyż czasy nadchodziły coraz gorętsze, o wielkiej ofenzywie Czerwonej Armii mówiło się coraz więcej, w końcu huk armat Czerwonej Armii słychać było coraz głośniej, tak, że ostatecznie w dniu 17 stycznia 1945 r. Niemcy uciekli z Krakowa. Gdy następnego dnia jak zwykle przybyłem do Ubezpieczalni, z Puppego nie było już ani śladu.

Okres, jaki nastąpił po upadku powstania warszawskiego pozwolił Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie wypełnić ciążące na niej a raczej dobrowolnie przyjęte przez nią obowiązki. W lecznictwie Ubezpieczalni znaleźli schronienie lekarze warszawscy, pielęgniarze i laboranci, w administracji znaleźli schronienie pracownicy warszawskiej Ubezpieczalni i Zakładu Ubezpieczeń społecznych. To jednak nie wszystko. Jak chlubną kartą krakowskiego świata lekarskiego było zebranie w krótkim czasie na pomoc dla lekarzy warszawskich 300.000 złotych, tak chlubą Ubezpieczalni krakowskiej było wypłacenie ofiarom warszawskiego powstania przebywającym w krakowskich szpitalach jako ranni i chorzy około 2 milionów złotych w formie zasiłków chorobowych. Z inicjatywy wicedyrektora Eugeniusza Krwawicza obchodzili „emisariusze" wydziału świadczeń wszystkie krakowskie szpitale i tu wręczali nieszczęsnym chorym i rannym pozostającym przeważnie bez grosza należny im z tytułu ubezpieczenia chorobowego zasiłek za czas niezdolności do pracy, wywołanej zranieniem lub chorobą w kwocie od 500 do 1000 złotych. Na szczęście nie było już w Ubezpieczalni skąpca, Schmitta, który nie przeżyłby takiej rozrzutności Ubezpieczalni tym więcej, że było to robione nie na własny, lecz na rachunek w gruzach leżącej warszawskiej Ubezpieczalni.

Dzięki wysokiej wartości moralnej personelu lecznictwa Ubezpieczalni Społecznej nie poniosła Ubezpieczalnia większych strat podczas działań wojennych w Krakowie w dniu 18 i 19 stycznia 1945 r.

Tylko budynek Domu Zdrowia w Skawinie i gmach Szpitala im. G. Narutowicza otrzymały kilka bomb i pocisków artyleryjskich, ponadto wysadzenie mostu im. Piłsudskiego zniszczyło w filii w Podgórzu wszystkie szyby w aptece i ambulatoriach. Doskonała postawa moralna personelu pielęgniarskiego zapobiegła grabieży ambulatoriów i zakładów leczniczych. Tylko w magazynach aptek Ubezpieczalni społecznej przetrwało szczęśliwie okres przejściowy nagromadzone tam na czas ewent. oblężenia mleko skondensowane dla niemowląt i mogło być natychmiast oddane swemu przeznaczeniu.

Szpital im. G. Narutowicza zajęty początkowo przez wojsko niemieckie nie ucierpiał wiele. w 1939 r, ponieważ wojsko bawiło w nim bardzo krótko, nie wiele dłużej niż miesiąc. Jako najnowszy i nowocześnie wyposażony szpital został zabrany przez rząd Gen. Gub. i oddany jako „Niemiecki Szpital Okręgowy" na użytek Niemców, przebywających w Polsce. Ustalony przez rząd Gen. Gub. czynsz dzierżawny nie pokrywał nawet ciężarów wynikających z długów hipotecznych, ciążących na szpitalu. Odtąd szpital przeznaczony dla 500 chorych posiadał nie wiele ponad 200 chorych Niemców, gdyż początkowy stan umowy, według którego Ubezpieczalnia społeczna mogła umieścić w nim 100 chorych nie trwał długo. Dla leczenia polskich chorych zatrzymano w szpitalu trzech lekarzy, chirurga, internistę i ginekologa. Z biegiem czasu okazało się, że pokoi klasowych jest mało — Niemcom w Polsce powodziło się widocznie doskonale — i trzeba było nie tylko zlikwidować oddział polski, lecz także przerobić większe sale na mniejsze separatki. W ten sposób ofiarą przeróbek szpitala padła między innymi śliczna sala osesków, chluba szpitala im. G. Narutowicza. Po zlikwidowaniu oddziału polskiego nie zwolniono lekarzy Polaków i zmuszono ich do leczenia Niemców. Zakłamanie Niemców w tym względzie przewyższało wszystkie inne. Oficjalnie nie wolno było leczyć się Niemcom u lekarza Polaka. Nieoficjalnie wiadomo było, że wśród lekarzy niemieckich w Krakowie nie było żadnego luminarza i że Niemcy bardzo chętnie, może dlatego tak chętnie, że ich to nie wiele kosztowało, bo to było czymś w rodzaju kontrybucji, zasięgali porad u lekarzy Polaków. W ambulatoriach specjalistycznych Ubezpieczalni społecznej szukali porady wysocy urzędnicy rządowi oświadczając, że wiedza lekarska jest międzynarodową i że mają zaufanie do polskiej nauki lekarskiej. Niestety nie można tego powiedzieć o niemieckiej wiedzy lekarskiej i o niemieckim świecie lekarskim, który mieliśmy sposobność przez blizko sześć lat obserwacji dokładnie poznać. Poza nielicznymi wyjątkami, z którymi osobiście się nie zetknąłem, jednak z lojalności ich nie wykluczam, lekarze niemieccy byli to ludzie o przeciętnej umysłowości, na wskróś przesiąknięci duchem hitleryzmu i spełniający bez szemrania i bez zastanowienia wszelkie polecenia władz partyjnych, chociażby stały one w rażącej sprzeczności z zasadami samarytanizmu lub nawet zwykłej ludzkości.

Żaden z nich nie zdobył się na samodzielne myślenie i wszyscy ślepo wierzyli, że Hitler wyprowadzi ich z tej ślepej uliczki, do której tak ochoczo przez szereg lat podążali. Gdy Czerwona Armia spychała ich z powrotem do Rzeszy i gdy oddali już tysiące kilometrów swej „przestrzeni życiowej" swym przeciwnikom, jeszcze łudzili się, że „V 1", „V 2" lub „Vx" zmiecie Anglię z powierzchni ziemi. Tymczasem sprawiedliwości dziejowej musiało się stać zadość. Niemcy musieli opuścić tę ziemię obiecaną, gdzie powodziło im się doskonale i gdzie już rządzili tak, jak przed wojną światową rządzili w kolonii w Afryce Zachodniej.

Otrząsnąwszy się z tych czasów tryumfującego hitleryzmu a więc pruskiej pychy, zakłamania, wyzysku, głodu i niewolniczej pracy, wspominamy dziś lata przeżyte pod okupacją jak zmorę, która już nigdy nie powinna się powtórzyć. Ocaleliśmy dzięki zwartej i jednolitej podstawie całego narodu chociaż żyliśmy w warunkach tak skonstruowanych przez Niemców, by zgubić cały naród. Jedyną nie ujemną stroną tych czasów jest to, że więzy między ubezpieczonymi i lekarzami, jakie zadzierzgnęły się w Ubezpieczalni krakowskiej podczas okupacji niemieckiej, są tak ściśle i tak serdeczne, że już nigdy się nie rozluźnią!

Dr OWSIŃSKI

Działalność Wydziału Zdrowia m. Krakowa w czasie wojny, oraz niemiecka służba zdrowia z tegoż okresu

Do roku 1939 agendy Wydziału Zdrowia obejmowały sprawy sanitarno-prawne, higieny ogólnej, walkę z chorobami zakaźnymi, współdziałanie przy planowaniu zabudowy miasta, wykazy porodów i zgonów, lecznicze, rekrutacji, weterynaryjne, higieny szkolnej, cmentarzy miejskich, leczenia ubogich, pomocy lekarskiej dla pracowników miejskich itd. Wewnętrzna organizacja Wydziału dzieliła się na 4 oddziały, a to: Sanitarny, Weterynaryjny, Pracownię Chemiczną dla badania wody, środków żywności itd. oraz Administracyjno-prawny. Oddział sanitarny miał do dyspozycji poza placówkami lekarzy obwodowych, bakteriologa, przychodnię przeciwjagliczą, przeciwweneryczną, 2 ośrodki opieki nad matką i dzieckiem, 2 przychodnie dentystyczne szkolne, przychodnię elektroterapeutyczną, 2 łaźnie, dom noclegowy z oczyszczalnią oraz Miejskie Zakłady Sanitarne z główną odkażalnią, oddziałem gruźliczym i płoniczym. Dla Miejskiej służby zdrowia pracowały jeszcze Towarzystwo Przeciwgruźlicze z 2-ma przychodniami oraz Pogotowie Ratunkowe. Ośrodki opieki nad matką i dzieckiem oraz przychodnie przeciwgruźlicze prowadzono na podstawie współpracy razem z Ubezpieczalnią Społeczną. Wydział Zdrowia pokrywał wydatki swoje z własnego budżetu.

Gdy okupanci niemieccy w dniu 26 października 1939 r. utworzyli z ziem polskich tzw. Generalne Gubernatorstwo z niemieckimi władzami na czele, zaczął się dla publicznej służby zdrowia ciężki okres. Mimo rozporządzenia Generalnego Gubernatora z dnia 28 listopada 1939 r. o administracji polskich gmin, mianowany dla miasta starosta miejski przejął także

agendy prezydenta miasta, które na podstawie zasad panujących w administracji niemieckiej prowadził jednoosobowo i poobsadzał stanowiska decernentów Niemcami, zaprowadzając stopniowo niemiecką administrację, w której Polacy spełniali rolę pracowników podrzędnych.

Także Wydział Zdrowia otrzymał jako decernenta lekarza niemieckiego. Dotychczasowy polski Naczelnik Wydziału Zdrowia nie mógł odtąd na zewnątrz reprezentować miejskiego Wydziału Zdrowia i zszedł do roli polskiego naczelnego lekarza miejskiego, któremu podlegały agendy zdrowia odnośnie do ludności polskiej. Za pierwszego decernenta niemieckiego cieszył się on nadal dużą samodzielnością, gdyż tenże ograniczył się tylko do pewnej pobieżnej tylko kontroli. Wtedy ludności niemieckiej było w Krakowie jeszcze bardzo mało.

Po ograniczeniu zakresu działania Naczelnika Wydziału nastąpiły wkrótce dalsze zmiany. Nowy szef niemiecki odstąpił urządzone na umieszczenie miejskiej pracowni bakteriologicznej lokale oraz dom noclegowy z oczyszczalnią Urzędowi Dystryktu, władzy II. instancji. Pracowni bakteriologicznej, wskutek oddania lokali do końca wojny już nie utworzono. Z domu noclegowego urządzono wielką odkażalnię, w której setki tysięcy Polaków, wyjeżdżających przymusowo na roboty do Niemiec, odwszawiano. Odebranie miastu oczyszczalni uniemożliwiło Wydziałowi prowadzenie należytego odwszawiania ludności, gdy brak mydła, odzieży i odpowiednich mieszkań spowodował wzrost zawszenia. Higiena osobista upadła też dlatego, że ludność polska mimo, iż utraciła po większej części mieszkania z łazienkami miała ograniczone możliwości korzystania z kąpieli w łaźniach publicznych, które przez dłuższy czas dnia używane były przez wojsko i cywilnych Niemców mających pierwszeństwo.

Sprawy weterynaryjne wyłączono z zakresu działania Wydziału Zdrowia jeszcze w roku 1939, do załatwiania których powołano osobny urząd weterynaryjny z Niemcem jako kierownikiem. Ponieważ z początkiem roku 1940 wprowadzono przymus ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników miejskich w Ubezpieczalni Społecznej, stracili oni dotychczasowe prawo wolnego wyboru lekarza.

Nowe przepisy niemieckie z roku 1940 o walce z chorobami płciowymi i jaglicą uczyniły organem wykonawczym niemieckiego lekarza urzędowego. Walkę z chorobami płciowymi prowadził tenże w wyłącznym swoim zakresie, do którego polski Wydział Zdrowia nawet nie miał wglądu. O ile chodzi o ludność polską, agendy te załatwiał z polecenia nieniecкiego lekarza urzędowego podległy mu bezpośrednio osobny polski lekarz wenerolog. Walkę z jaglicą zlecono podległej polskiemu Wydziałowi przychodni przeciwjagliczej.

Z pod kompetencji Wydziału Zdrowia wyjęto odrazu także sprawy sanitarne dotyczące ludności żydowskiej, które załatwiała lekarska komisja żydowska zależna bezpośrednio od Niemców.

Z przedłużaniem się wojny następowały dalsze zmiany, zwłaszcza za urzędowania dra Buurmana, który sprowadził w tym celu osobnego referenta z Berlina. Zmiany te szły w kierunku dalszego ograniczenia Wydziału Zdrowia, zmniejszenia stanu posiadania jego placówek i urządzeń, oraz całkowitego zniemczenia administracji zdrowia publicznego. Z zakresu działania Wydziału wydzielono sprawy wykazu porodów i zgonów, zarząd cmentarzy miejskich i M. Zakłady Sanitarne. Zwinięto przychodnię dentystyczną w Podgórzu, oraz wzięto część urządzenia drugiej przychodni dentystycznej na potrzeby niemieckie. Gdy dnia 18 września 1942 r. Rząd Gubernatorstwa zabronił prowadzenia profilaktyki dla ludności polskiej, musiał Wydział Zdrowia zwinąć obie przychodnie dla Matki i Dziecka. Rozwiązano Towarzystwo Przeciwgruźlicze, któremu już poprzednio odebrano świeżo uruchomioną szkołę dla dzieci płucno zagrożonych w parku Jordana, zamieniając ją na jadłodajnię partyjną, pozbawiając pozostałe i konieczne przychodnie przeciwgruźlicze dostatecznych środków na ich utrzymanie.

Walka z gruźlicą w czasie wojny była tylko walką na papierze. Odosobnianie chorych było niemożliwe z powodu braku wszelkich po temu możliwości. Wysyłanie chorych do sanatoriów zupełnie ustało. Łóżek szpitalnych było bardzo mało, o lepszem odżywianiu chorych nie mogło być mowy. Towarzystwo Przeciwgruźlicze rozwiązano i odebrano mu część urządzeń. Przychodnie wprawdzie pozostały, ale brak dostatecznych środków utrudniał ich działalność. Liczba zachorowań na gruźlicę jest w rzeczywistości o wiele wyższa od liczby zgłoszonych wypadków.

Dążenia do zniemczenia administracji doprowadziły do tego, że zniesiono Wydział Zdrowia jako polski Wydział i ograniczono do rzędu oddziału polskiego w niemieckim Urzędzie Zdrowia. Dotąd bowiem Urząd Zdrowia był właściwie tylko władzą kontrolną polskiego Wydziału i urzędem, załatwiającym sprawy zdrowotne i higieny d'a Niemców. Oddziałowi polskiemu odjęto jednak całkowicie gospodarkę budżetowo-finansową i nakazano mu korespondować po niemiecku. Urząd, a właściwie oddział niemiecki, przejął także wykaz zawodów leczniczych, wykaz szpitali, bezpośredni nadzór nad Pracownią Chemiczną i Bakteriologiem miejskim. Oddziałowi polskiemu pozostawiono więc jeszcze tylko czynności policji zdrowia odnośnie do ludności polskiej, higienę szkolną oraz nadzór nad oczyszczalnią po jej oddaniu miastu z powrotem w r. 1944, przychodnię przeciwjagliczą, przychodnię dentystyczną, przychodnię elektroterapeutyczną, łaźnie i 15 placówek lekarzy miejskich.

Niemcy utworzyli wprawdzie jeszcze drugą przychodnię przeciwweneryczną w szpitalu św. Łazarza dla ludności polskiej, ale pozostawili ją pod własnym nadzorem. Podporządkowano oddziałowi polskiemu wprawdzie też utworzoną poliklinikę, ale istniała ona tylko dwa tygodnie, po czym ją zniesiono. Niezrozumiałe wydaje się utworzenie jej później pod zarządem polskiego Wydziału Opieki Społecznej.

Higienę szkolną zorganizowano w ten sposób, że osobnych lekarzy szkolnych ze względów oszczędnościowych zniesiono, a obowiązek lekarzy szkolnych bez osobnego dodatku narzucono lekarzom obwodowym. Każdy okręg sanitarny miał swoją higienistkę, która badała dzieci szkolne i kierowała dzieci chore wzgl. podejrzane o chorobę do lekarza obwodowego, celem wydania dalszych wskazówek. Dzieci

ż zębami niezdrowymi kierowały higienistki do miejskiej przychodni dentystycznej.

Liczbę higienistek jak i lekarzy obwodowych podniesiono do 15 w związku z przyłączeniem do miasta 30 okolicznych wsi. Higienistki były kierowane przez osobną naczelną higienistkę.

Działalność Wydziału Zdrowia w okresie wojny zobrazować mogą następujące dane.

Sumy globalne preliminarza budżetowego wynosiły w roku:

1939/40	913.751 zł.
1940/41	1.026.531 „
1941/42	1.229.325 „
1942/43	2.767.151 „
1943/44	2.462.683 „
1944/45	3.900.849 „

Wzrost sum spowodowany został powstaniem wydatków na potrzeby niemieckie i wzrostem cen.

Liczba wypadków zapadań na choroby zakaźne wynosi ogólnie w roku

1940 . . .	3.319
1941 . . .	3.142
1942 . . .	4.802
1943 . . .	4.619
1944 . . .	3.310

Z tej liczby przypada w roku

	1940	1941	1942	1943	1944
na dur brzuszny i d. brzuszny rzekomy	169	344	769	495	339
„ dur osutkowy	10	176	339	124	275
„ błonicę	227	319	428	469	402
„ płonicę	170	90	371	634	443
„ czerwonkę	50	49	712	517	298
„ jaglicę	14	35	28	37	95
„ gruźlicę	758	1027	1172	976	973
„ odrę	1542	120	135	933	195
„ zapalenie opon mózgowych	60	27	32	31	9
„ paraliż dziecięcy	7	6	1	1	3
„ krztusiec	186	685	450	228	117
„ zimnicę	19	32	44	33	29
„ wąglik	—	—	—	—	3
„ świnkę	7	136	230	69	64
„ różę	68	62	87	70	49
„ wściekliznę	—	—	—	—	1
„ inne choroby	3	4	—	—	—

Z tych liczb wynika, że na wzrost liczby zachorowań w latach 1942/43 wpłynęły liczne wypadki duru brzusznego, błonicy, duru osutkowego, ksztuśca, odry, świnki, czerwonki, płonicy i gruźlicy, chorób spowodowanych przeważnie trudnymi warunkami życia w okresie wojennym, brakiem żywności, odzieży, opału, mydła, mieszkań itp. Dalszą przyczyną wzrostu wypadków chorób był brak łóżek szpitalnych dla zakaźnie chorych z powodu zabrania około 1300 łóżek szpitalnych na potrzeby niemieckie i przeznaczenie dwu szpitali na cele nieszpitalne, oraz brak środków przewozowych dla przewozu chorych.

Liczba biednych chorych, którymi opiekowali się lekarze obwodowi, wynosiła około 12.000 rocznie. (Świadectwa lekarskie celem uzyskania dodatkowego przydziału żywności).

Kraków w czasie wojny miał naturalny ubytek ludności. Wysoka była zwłaszcza śmiertelność niemowląt, co Niemców nie wstrzymało od zwinięcia ośrodków opieki nad Matką i Dzieckiem, zamiast wspomagać ich działalność.

Stan zdrowia wśród ludności miasta nie mógł się w czasie wojny podnieść i z wielu innych względów. Wskutek wrogiego nastawienia Niemców do wszystkiego co polskie nie mogła się rozwinąć działalność Wydziału Zdrowia i jego placówek. Unikano o ile możliwie wszelkiej styczności z urzędem niemieckim. Stosowano słusznie bierny opór przeciwko zarządzeniom zmieniającym stan dotychczasowy w urządzeniach Wydziału i ograniczającym używanie języka polskiego. Częste łapanki policyjne po ulicach nie pozwalały pracownikom zewnętrznym swobodnie poruszać się po ulicach miasta, na czym cierpiała służba. Nie stosowano kar administracyjnych za uchybienia sanitarne, w obawie przed możliwymi ostrymi zarządzeniami władz okupacyjnych. Wskutek nieznajomości polskich przepisów prawnych funkcjonowały także wadliwie władze nadzorcze. Lekarzom okręgowym miejskim zabroniono przeprowadzania inspekcji sanitarnych po niemieckich sklepach z artykułami spożywczymi, jadłodajniach, kawiarniach itp., a w wyjątkowych wypadkach tylko przy boku policji niemieckiej.

Wydział Zdrowia będzie musiał poświęcić wiele trudów koło nadrobienia szkód wynikłych z powodu okupacji i postawienia stanu zdrowia publicznego w mieście na odpowiednim poziomie.

Niechlubną i może jedyną rolę z tych czasów odegrał renegat b. polski lekarz dr Jan Fischer, który za zgłoszenie się Volksdeutschem, został w nagrodę mianowany przez Niemców lekarzem miejskim, po czym lekarzem Gestapo i kolejowym, dyrektorem Szpitali miejskich i awansował na Reichsdeutscha.

W Krakowie, po ustanowieniu starosty miejskiego, tenże odrazu naczelne stanowiska poobsadzał Niemcami. Na stanowisko decernenta dla spraw zdrowia publicznego powołano niemieckiego lekarza urzędowego z tytułem radcy medycynalnego.

W okresie wojny sprawowało urząd decernenta kolejno czterech Niemców. Pierwszy z nich dr Reichel ograniczał się głównie do kontroli nad polskim Wydziałem zdrowia. W czasie jego urzędowania wyłączono z zakresu działania urzędu zdrowia sprawy weterynaryjne. Ponieważ wśród wojska niemieckiego dał się zauważyć wzrost liczby zapadań na choroby płciowe, dr Reichel spowodował wydanie rozporządzenia Generalnego Gubernatorstwa z dnia 22 lutego 1940 r. o zwalczaniu chorób płciowych. Rozporządzenie to wprowadzało przymus zgłaszania przez lekarzy stwierdzonych zachorowań, po czym poszukiwano źródła zakażeń. Może niepotrzebnie systematyczność niemiecka zmuszała lekarzy do ujawnienia nazwisk leczących się, a już całkiem chybione dyskryminujące Polaków było postanowienie grożące karą śmierci polskiemu partnerowi, zakażającemu partnera niemieckiego. Na szczęście nie było żadnych wyroków śmierci.

Czynności związane z chorobami płciowymi prowadził jednak nie Wydział Zdrowia, lecz niemiecki lekarz urzędowy, który wyręczał się, o ile chodzi o Niemców specjalnie zaangażowanym do tego niemieckim płciownikiem. Wypadki dotyczące Polaków, załatwiał polski płciownik początkowo pod nadzorem niemieckiego płciownika, a później samodzielnie.

Do ujemnych zarządzeń jakie Reichel wydał należy oddanie do dyspozycji niemieckiemu Wydzia-

łowi Pracy odkażalni i domu noclegowego przy ul. Nadwiślańskiej, przekazanie wojsku trzech baraków M. Zakładów Sanitarnych, odstąpienie niemieckiemu Wydziałowi Weterynarii Dystryktu lokali przygotowanych na umieszczenie Miejskiej Pracowni bakteriologicznej, wreszcie zniesienie instytucji 10 lekarzy szkolnych.

Oddanie odkażalni pozbawiło miasto przez trzy lata przeszło możliwości przeprowadzania należytej walki z wrastającą wszawicą, utrata 105 łóżek szpitalnych pociągnęła za sobą ograniczenie i tak już dostatecznych możliwości odosabniania gruźlików. Bakteriolog miejski do końca wojny nie odzyskał ani zajętych, ani innych lokali na pracownię i musiał badania swe przeprowadzać częściowo w pracowni własnej, a częściowo w Państwowym Zakładzie Higieny. Zniesienie osobnych lekarzy szkolnych odbiło się niekorzystnie na higienie szkolnej.

Dalsza ujemna strona działalności dra Reichla, będącym już tylko pośrednio związanym z publiczną miejską służbą zdrowia, to przeznaczenie szpitala Ubezpieczalni im. Gabriela Narutowicza na tzw. Szpital Niemiecki. Krok ten był początkiem całego szeregu następujących po sobie zarządzeń odbijających się niekorzystnie na rozwoju polskiego szpitalnictwa.

C. d. n.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 23 maja 1945 r.

Doc. Brzezicki wygłosił odczyt pt. „*O osobowości histerycznej*".

Wychodząc z badań nad 80 osobnikami produkującymi ataki histeryczne i odznaczającymi się wyraźnym charakterem histerycznym, referent przebadał przodków i potomków tych osób na histerię, inne objawy psychopatyczne, na ich przynależność do kręgów charakterologicznych według typologii opisanej przez Kretschmera, na choroby umysłowe, na ich budowę tak pod względem konstytucjonalnym jak i antropologicznym i na ich stygmatyzację wegetatywną. Z powodu badania tychże i linii bocznych ich rodów doszedł do poważnej cyfry przebadanych 2173 osób.

Otóż okazało się, że objawy histeryczne i charakter histeryczny spotyka się najczęściej u typów leptosomno-dysplastycznych (41%).

Okazało się dalej wyraźnie dziedziczenie charakteru histerycznego w sposób prawie dominantny i prawdopodobnie polymeryczny. Stwierdził następnie, że w charakterze histerycznym wyróżniają się wyraźnie dwa typy, typ finezyjno-rafinowany, charakteryzujący się finezyjną grą teatralną wynikającą z rozbieżności między chęcią, a możnością wykonania danego zadania życiowego, fantastycznością, rafinowanym egocentryzmem i nastrojami oraz afektami o skaczących względnie bujających wahaniach. Ucieczka w chorobę jest objawem spotykanym, jednak nie zasadniczym.

Typ drugi, prymitywny, charakteryzuje się przede wszystkim prymitywnym podchodzeniem do spraw życiowych. Jeśli chory gra swoją rolę życiową teatralnie, to gra ją bez finezji i bez wyrafinowania tylko w sposób niewyszukany. Ucieczka w chorobę we wszelkich formach, głównie jednak w postaci szybkiego przełączania swoich katatymnych i kompleksowych afektów oraz nieziszczalnych celów życiowych na odruchowe mechanizmy preformowane, leżące jakby w dyspozycji na dnie jego duszy — to bardzo częste i charakterystyczne objawy dla tej prymitywnej grupy.

Widzimy zatem, że właśnie te prymitywne typy produkują przede wszystkim objawy tzw. histeryczne. Pozatem badania nad dziedziczeniem histerii wskazują także na to, że istnieją typy, u których charakter histeryczny jest jakby utajony, ukryty, U tych typów tylko zupełnie wyjątkowe sytuacje życiowe pozwalają na ujawnienie się utajonych objawów histerii, leżących jakby w dyspozycji i tylko istniejących zasadniczo, a nie objawiających się w życiu normalnym, codziennym. Typy te jednak należą do rodów histerycznych.

Badanie dziedziczności histerii wskazuje dalej, że histeria dziedziczy się w tym samym składzie antinomicznym dalej w odróżnieniu od innych form psychopatii, które dziedziczą się zwykle nie w tym samym składzie charakterologicznym. W ten sposób powstaje osobny krąg charakterologiczny dziedzicznie uwarunkowany tak jak grąg schizotymiczny, który referent nazywa kręgiem skirtetymicznym (skirtao — skaczę), a który nie wykazuje żadnej łączności ani pokrewieństwa z kręgiem schizotymicznym ani cyklotymicznym ani epileptoidnym. Wynikiem tego jest normalna ilość endogennych schorzeń umysłowych i epilepsji wśród rodzin probantów.

Wśród 2173 osób znalazł 481, które wykazują normalny skirtetymiczny temperament i charakter. Wykoślawieniem i zaostrzeniem tego normalnego typu jest skirtetoid czyli charakter histeryczny o którym mowa.

Stopniowana i stosowana penetracja genów oraz dziedziczenie części podłoża daje prawdopodobnie te płynne przejścia w normę, tworząc jednak krąg dziedziczny, specjalny krąg skirtetymiczny.

Badania antropologiczne nie dały wyraźnych wyników. Badania systemu wegetatywnego wykazały tylko wyraźną stygmatyzację wegetatywną typów histerycznych, skłonność do wegetatoz i chorób allergicznych.

Badania referenta wykazały pozatem, że tak zwanė objawy neurologiczne histerii są głównie produkowane przez typy prymitywne, jednak bardzo silnie zależą od konstelacji, od warunków zewnętrznych, od mody i czasokresu, w którym żyjemy. Wobec czego mogą być te objawy przez odpowiednie wychowanie ujarzmione o ile to wychowanie rozpocznie się dość wcześnie — od dzieciństwa.

Dr Jarema wygłosił odczyt pt. „*Elektrowstrząsy jako nowa metoda leczenia chorób umysłowych*" (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji prof. Tempka zapytuje o mechanizm działania elektrowstrząsów. Dr Jarema podaje, że czyniono w tym kierunku badania, lecz rzecz nie została pewnie stwierdzona. Wydaje się, że napad drgawkowy powstaje na skutek nagłych zmian w naczyniach tętniczych mózgu, pod wpływem prądu.

Dr Horodeński zauważa, że działanie elektrowstrząsów na ustrój ludzki tłumaczy Hildebrandt zwiększonym przekrwieniem mózgu i związaną z tym wzmożoną przemianą materii, którą potęgują jeszcze drgawki (wywołane produkcją kwasu mlekowego i węglowego). Na oddziele neurologiczno-psychiatrycznym szpitala św. Łazarza w Krakowie byli dokładnie badani wszyscy chorzy przed, podczas i po wstrząsie. Na tej podstawie doszliśmy do następujących wniosków: nie stwierdzono zmian patologicznych po napadzie w moczu. Parcie krwi i tętno bezpośrednio po napadzie drgawkowym zwiększa się, a następnie w kilka do kilkunastu minut wraca do normy. W napadzie poronnym (amnezja bez drgawek) parcie krwi obniżone, tętno bez zmian albo nieco zwolnione. Stąd wniosek, że podwyższenie parcia krwi i przyspieszenie tętna jest wywołane nie działaniem prądu na substancję mózgową, lecz uogólnionymi drgawkami (praca mechaniczna mięśni). — Stosowano prąd przy stałym woltażu i zmiennej ilości M. amp. i czasie. Największe ilości wynosiły 400 Ma, 1,2 sek., najniższe wartości 200 Ma i 0,4 sek. Już po opuszczeniu oddziału dowiedzieliśmy się, że pewien chory miał spazmy (podczas ząbkowania) i że w 10 miesięcy po opuszczeniu oddziału dostał napadu epileptycznego. Na ogół młodzi pacjenci reagują drgawkami przy niższych wartościach. Bezdech najdłużej obserwowano 2,30 sek. Stosowano sztuczne oddechanie. Stosowano elektrowstrząsy u chorych na padaczkę: reagowali oni na ogół przy mniejszych wartościach, których jednak nie można użytkować dla celów rozpoznawczych. Stosowano też wstrząsy przy wyraźnej wadzie serca; żadnych komplikacyj nie obserwowano. Jeden tylko chory uskarżał się zawsze na bóle mięśniowe w plecach po każdym wstrząsie. Staraliśmy się stosować zawsze najniższe wartości dla wywołania wstrząsu. Stosowaliśmy elektrowstrząsy u chorych ciężarnych: w 8 miesiącu i 4-ym. W obu wypadkach porody i rozwój dzieci (bliźnięta w jednym przypadku) zupełnie prawidłowe. W jednym wypadku chory daltonista przez 2 tygodnie po elektrowstrząsie (po 4 więcej nie stosowano) odróżniał kolor czerwony.

Dr Morawska zapytuje, czy czyniono próby elektrowstrząsów przy epilepsji i do jakich doszło się wniosków. Dr Jarema w odpowiedzi zaznacza, że wartości prądu użyte dla wywołania napadu drgawkowego u epileptyka są znacznie mniejsze, niż u normalnego człowieka. Wywołanie napadu drgawkowego u epileptyka zabezpiecza go przed samoistnym napadem epileptycznym na pewien czas, czyli „rozładowuje“ jego pogotowie drgawkowe. Znaczne pogotowie drgawkowe u epileptyka tłumaczy małe dawki prądu potrzebne do wywołania napadu.

Dr Obtułowicz zapytuje, czy przy próbie ponownego wywołania wstrząsu bezpośrednio po pierwszym zastosowaniu prądu zwiększa się dawki, czy też ponawia te same. Dr Horodeński w odpowiedzi podaje, że on ponawia te same dawki. Dr Jarema w odpowiedzi podkreśla, że musimy zwiększyć dawkę, ponieważ w kilka do kilkunastu minut po zastosowaniu prądu istnieje zwiększona tolerancja na prąd. Zastosowanie ponownie tej samej dawki nie wywoła pełnego napadu, o ile przy pierwszej próbie go nie było.

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ŚWIAT LEKARSKI NA ROZDROŻU

W zesz. 2 Nowin Lekarskich z dn. 15. 6. 1945 r. czytamy w dziale informacyjnym znamienną notatkę o zebraniu organizacyjnym Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, którego sekcją został zamianowany Związek Lekarzy R. P.

W ślad za Łodzią poszedł Poznań.

W zesz. 1 Nowin Lek. czytaliśmy o utworzeniu Związku Lekarzy P. P. W zesz. 2 Związek Lekarzy P. P. zakończył swój żywot jako samodzielny Związek i stał się sekcją Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Zczepianie lekarzy z jakimkolwiek związkiem zawodowym stanowi bardzo poważne niebezpieczeństwo dla polityki zdrowia w państwie. Zdarzyły się już wypadki, że lekarze kolejowi utworzyli sekcję lekarzy w związku zawodowym kolejarzy (Z. Z. K.), a lekarze pracujący w Ministerstwie Komunikacji przystąpili do Związku Zawodowego Pracowników Państwowych.

Należy się obawiać, że lekarze ubezpieczeń społecznych utworzą sekcję w Związku Pracowników Ubezpieczeń Społecznych.

Grozi to rozbiciem lekarzy na pojedyncze grupy, które będą się wzajemnie zwalczały.

Starsi koledzy pamiętają jeszcze homeryckie boje, które prowadził ówczesny Związek Lekarzy P. P. po powstaniu niepodległej Polski z Kasami chorych i z lekarzami pracującymi w Kasach, zwalczając głównie ideę ubezpieczeń społecznych jako wroga praktyki prywatnej i wolności zawodu lekarskiego.

Nie po to powstało Ministerstwo Zdrowia, aby znowu było w państwie i w ministerstwach 18 komórek zdrowia rozkojarzonych w swojej działalności. Ministerstwo musi scalić wszystkie agendy zdrowia w swym ręku. Kraków zdołał w Cent. Komisji Związków Zawodowych zarejestrować Związek Zawodowy Lekarzy R. P. Jest to pierwszy krok ku stworzeniu samodzielnego Związku zawodowego lekarzy w całym państwie.

Należy oczekiwać, że Ministerstwo Zdrowia zajmie w tej sprawie stanowisko odpowiadające istotnym potrzebom zdrowia publicznego z uwzględnieniem obrony interesów zawodowych lekarzy. *Dr J. Gołąb.*

Lista strat

Ogólnie liczbę lekarzy praktykujących w Polsce w r. 1945 ustala się na około 7.000.

Ponieważ przed wojną cyfra lekarzy wynosiła 12.917 możemy przyjąć, że w czasie wojny zginęło około 7000 lekarzy (liczę się z tym, że przybyło w czasie okupacji około 1000 lekarzy; w tej liczbie są tacy, którzy ukończyli studia lekarskie w pierwszych miesiącach okupacji, uzyskali dyplomy sowieckie, dyplomy niemieckie lwowskie i dyplomy tajnego nauczania).

Listą, którą ogłaszam pragnę zapoczątkować rejestrację strat w obrębie Izby Lekarskiej w Krakowie. Lista z istoty rzeczy będzie niekompletna, będzie zawierała nie zawsze zupełnie stwierdzone dane.

Na tej drodze zwracam się do wszystkich Kolegów o podawanie pod adresem Redakcji sprostowań i uzupełnień.

Przed wojną umierało przeciętnie rocznie około 30 lekarzy w obrębie naszej Izby, w czasie okupacji cyfra ta wzrosła o 50%.

Dr *J. Gołąb*

* * *

1. Dr Ackermann Adam z Krakowa, zmarł śmiercią naturalną 10. II. 1941.
2. Dr Ambrożewicz Włodzimierz z Warszawy, zamordowany w Katyniu 1941.
3. Dr Arsenicz Roman z Wieliczki, zm. śm. nat. 8. IV. 1942.
4. Dr Altstädter Zofja wywieziona do Bełzca w r. 1942.
5. Dr Armer Wilhelm zastrzelony w Płaszowie w styczniu 1944.
6. Dr Bannett Arnold z Krakowa, jeden z założycieli Krak. Ochotn. Twa Rat. zm. śm. nat. 18. VIII. 1942.
7. Dr Bartkiewicz Bronisław z Warszawy, zm. śm. nat. 23. III. 1940.
8. Dr Bielski Jerzy z Częstochowy, zm. śm. nat. 16. IV. 1940.
9. Dr Bijasiewicz Wiktor z Kielc, zm. śm. nat. 4. III. 1941.
10. Dr Biluchowski Tadeusz, b. poseł na Sejm zm. śm. nat. 23. III. 1941.
11. Dr Birkenfeld Karol z Krakowa, zm. śm. nat. 29. III. 1941.
12. Dr Bieńkiewicz Zofia z Dąbrowy Górn., zm. śm. nat. 28. XII. 1942.
13. Dr Blasberg Maksymilian z Krakowa, wywieziony do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
14. Dr Blankstein Felicja z Krakowa, zamordowana w Rabce w grudniu 1942.
15. Dr Bier Leonard z Krakowa, doc. Uniw. Jag. zm. śm. nat. 27. V. 1943.
16. Dr Biernacki Henryk z Krakowa, zm. śm. nat. 24. I. 1944.
17. Dr Billig Adam z Sosnowca, zm. śm. nat. 13. VI. 1943.
18. Dr Borkowski Adam z Częstochowy, zm. śm. nat. 15. IV. 1942.
19. Dr Blauówna Rozalia z Krakowa, zastrzelona 13. III. 1943.
20. Dr Broniatowski Pejlet (Paweł) z Częstochowy, zm. śm. nat. 21. III. 1942.
21. Dr Brzostek Aleksander z Kielc, zm. śm. nat. 1. VII. 1943.
22. Dr Brzeski Jan sen. z Brzeska, znany działacz ludowy, zmarł w Oświęcimiu 11. III. 1942.
23. Dr Bularski Jan z Kielc, rozstrzelany we Lwowie 24. X. 1943.
24. Dr Ciałowicz Leon z Jędrzejowa, zm. śm. nat. 18. XII. 1942.
25. Dr Cichański Aleksander z Krynicy, zm. śm. nat. 25. IV. 1943.
26. Dr Chowaniec Wanda z Krakowa, zm. śm. nat. 18. X. 1943.
27. Dr Ćwikliński Eugeniusz z Krakowa, zm. śm. nat. 26. VIII. 1940.
28. Dr Ćwikliński Alfred z Krakowa, zginął od bomby we wrześniu 1939.
29. Dr Czapnicka Helena z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
30. Dr Dobrowolski Witold z Krakowa, zmarł 17. IV. 1940.
31. Dr Dudziński Jan z Nowego Sącza, zginął w Oświęcimiu 30. IV. 1941.
32. Dr Dziuba Stanisław z Krakowa, zm. śm. nat. 27. II. 1942.
33. Dr Drettler Julian z Kobierzyna, zginął w Warszawie 13. VIII. 1944.
34. Dr Dym Ozjasz z Krakowa, zamordowany we Lwowie w jesieni 1942.
35. Dr Distler z Krakowa, wywieziony do Bełzca w r. 1942.
36. Dr Distler Fryderyka, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
37. Dr Eisenberg Filip z Krakowa, zamordowany we Lwowie 18. VIII. 1942.
38. Dr Eibenschütz Stanisław wywieziony do Bełzca w r. 1942.
39. Dr Engländer Bernard z Krakowa, zaginiony.
40. Dr Friedecker Salomon z Krakowa, zm. śm. nat. 7. IX. 1939.
41. Dr Feldmaus Benedykt z Krakowa, zaginiony.
42. Dr Fleischmann Hanna wywieziona do Bełzca w r. 1942.
43. Dr Fuchs Leon z Krakowa, zm. śm. nat. 7. III. 1940.
44. Dr Fraenkel Józef z Bochni, zm. śm. nat. 9. II. 1940.
45. Dr Fürbek Leon z Tarnowa, zm. śm. nat. 20. V. 1942.
46. Dr Frischer Józef z Krakowa, zamordowany w Warszawie z końcem r. 1942.
47. Dr Fischer Zygfryd z Krakowa, zastrzelony 13. III. 1943.
48. Dr Friedman Kalman z Krakowa, wywleczony ze szpitala po przebyciu tyfusu z początkiem r. 1942 w Płaszowie.
49. Dr Fromowicz z Krakowa, zamordowany we Lwowie 18. VIII. 1942.
50. Dr Fischhab Izydor z Krakowa, zaginiony.
51. Dr Gabryszewski Tadeusz z Zakopanego, zm. śm. nat. 19. XI. 1939.
52. Dr Godłowski, zaginiony.
53. Dr Grzybowski Grzegorz z Krakowa, zm. śm. nat. 23. XI. 1939.

54. Dr Glassner Roman z Krakowa, zastrzelony w Skarżysku 1944.
55. Dr Górka Józef z Sędziszowa, zm. śm. nat. 27. III. 1940.
56. Dr Gazdowski Franciszek z Przytyka, zm. śm. nat. 1. V. 1940.
57. Dr Graniczny Wiktor z Wiślicy, zm. śm. nat. 11. I. 1942.
58. Dr Grüner Aleksander z Krakowa, zm. śm. nat. we Lwowie 22. IX. 1941.
59. Dr Goldmann Amelia z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
60. Dr Guttmann Gizela, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
61. Dr Glaser Henryk z Krakowa, zm. śm. nat. 17. IV. 1942.
62. Dr Gieszczykiewicz Marian, prof. U. J. zginął w Oświęcimiu 2. VIII. 1942.
63. Dr Godlewski Emil, prof. U. J., zm. śm. nat. 25. IV. 1944.
64. Dr Goldblatt Edward z Krakowa, zadręczony i stratowany butami w Płaszowie w sierpniu r. 1944.
65. Dr Goliński Jan z Krakowa, zm. śm. nat. 7. X. 1944.
66. Dr Gałziński Franciszek z Krakowa 25. XII. 1942.
67. Dr Gruszecki Wojciech z Gdyni, zm. śm. nat. 10. III. 1943.
68. Dr Gnoiński z Limanowej, zm. śm. nat. 20. V. 1944.
69. Dr Gąsiorowski Stanisław z Krakowa, zm. śm. nat. 23. IV. 1943.
70. Dr Górski Włodzimierz z Nowego Sącza, zm. śm. nat. 16. IV. 1943.
71. Dr Guttmann Leon z Częstochowy, zamordowany we Lwowie 27. XII. 1942.
72. Dr Guzowski Stefan z Dąbrowy Górniczej, zm. śm. nat. 8. VIII. 1942.
73. Dr Grodziński Adam z Krakowa, rozstrzelany przy ul. Botanicznej.
74. Dr Haber Maurycy z Krakowa, zm. śm. nat. 6. IX. 1942.
75. Dr Haber Dora z Krakowa, zm. śm. nat. 4. IX. 1942.
76. Dr Heller Tadeusz z Krakowa, zmarł w Uzbekistanie 28. II. 1942.
77. Dr Holländer Erna z Krakowa, wywieziona do obozu koncentrycyjnego w Niemczech.
78. Dr Haber Marek zaginiony.
79. Dr Habicht Kazimierz z Krakowa, zm. śm. nat. w lipcu 1943.
80. Dr Horowitz Maksymilian z Krakowa zaginął.
80. Dr Hisztin Mieczysław z Nowego Targu, zm. śm. nat. 26. I. 1941.
82. Dr Herschdörfer Osjasz z Krakowa, zm. śm. nat. w Przemyślu 29. XII. 1942.
83. Dr Hirschtalówna Maria z Krakowa, zginęła podczas ucieczki z Getto w listopadzie 1942.
84. Dr Hein Kazimierz z Kielc, zm. śm. nat. 12. V. 1943.
85. Dr Händler Mojżesz z Krakowa, zastrzelony w Drohobyczu w r. 1943.
86. Dr Huszno Feliks z Koniecpola, zm. śm. nat. 31. V. 1940.
87. Dr Jabłoński Antoni z Krakowa, zm. śm. nat. 30. XI. 1942.
88. Dr Jankowski Stanisław z Krakowa, zm. śm. nat. 11. IV. 1942.
89. Dr Janczy Franciszek z Nowego Sącza, zm. śm. nat. 16. XII. 1941.
90. Dr Januszkowski Aleksander z Zakopanego, zm. śm. nat. 16. VII. 1942.
91. Dr Jarosz Jan z Nowego Sącza, zamordowany w Oświęcimiu 21. VIII. 1941.
92. Dr Jakubczak Franciszek z Dobrzechowa, zm. śm. nat. 29. VII. 1943.
93. Dr Joffe Gustawa z Krakowa, zginęła w Brzesku we wrześniu 1942.
94. Dr Juchtman Maurycy z Wierzbnika, zm. śm. nat. 4. II. 1940.
95. Dr Jurkowicz Amalia z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
96. Dr Jurowiczowa Czesława z Krakowa, zm. śm. nat. w Płaszowie w lecie 1943.
97. Dr Jakobson Leopold z Krakowa, zastrzelony w Stryju w r. 1942.
98. Dr Karasiówna Zofia z Suchej, zmarła 26. X. 1942.
99. Dr Kiersnowski Stanisław z Radomia, zm. śm. nat. 6. XII. 1939.
100. Dr Kluczyński Jerzy z Krakowa, zm. śm. nat. 4. IX. 1939.
101. Dr Kowalewski Kazimierz z Iłży, zm. śm. nat. 21. III. 1940.

(c. d. n.)

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Po długiej nocy wojennej, dzięki energii prof. dra Waltera Krakowskie Towarzystwo Lekarskie odżyło i począwszy od 25 kwietnia b. r. odbywają się co środę o godz. 18-tej posiedzenia w sali wykładowej Kliniki Ginekologicznej U. J. przy ul. Kopernika 23. Doskonała frekwencja, wynosząca przeciętnie przeszło 100 słuchaczy, szereg odczytów wybitnych klinicystów krakowskich, liczne i bardzo ciekawe pokazy składają się na obraz rozkwitu Towarzystwa.

Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego, wobec zniszczenia gmachu przy ul. Radziwiłłowskiej, została w całości przeniesiona do lokalu Izby Lekarskiej przy ul. Krupniczej 11 A, gdzie w niedługim czasie zostanie udostępniona ogółowi lekarskiemu.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. na rok szkolny 1945/46 obrano prof. dra Supniewskiego.

Lekarski Instytut naukowo-wydawniczy jako instytucja państwowa, podległa Ministrowi Zdrowia, zostanie w najbliższym czasie powołany do życia w Warszawie. Pierwszymi wydawnictwami instytutu będą: dwutygodnik „Dziennik zdrowia“, urzędowy

organ Ministerstwa Zdrowia i Izb lekarskich, następnie tygodnik lekarski, miesięcznik „Zdrowie publiczne“ oraz miesięcznik popularny „Na straży zdrowia“. Instytut przygotowuje do druku również serię podręczników lekarskich, których brak daje się bardzo odczuwać. Pierwszą książką, która opuści prasę drukarską, będzie podręcznik higieny prof. Gądzikiewicza.

Urząd Wojewódzki Kielecki, Wydział Zdrowia Nr Z. 1. 21/105/45. *Zapotrzebowanie lekarzy.* Kielce, dnia 23 lipca 1945. Do Izby Lekarskiej w Krakowie Urząd wojewódzki prosi o skierowanie lekarzy poszukujących posad. — Brak lekarzy wszystkich specjalności, zwłaszcza chirurgów i ginekologów.

Za Wojewodę dr Słowik Jerzy (Nacz. Wydz.).

Z P. A. U.

Na uroczystym, publicznym zebraniu Polskiej Akademii Umiejętności w dniu 20. VII. 1945 r. generalny sekretarz prof. Tadeusz Kowalski wypowiedział następujące słowa:

„Nie może jednak minąć ten uroczysty dzień, w którym Polska Akademia Umiejętności po długim letargu po raz pierwszy zabiera głos publicznie, zdając społeczeństwu polskiemu sprawę z swych usiłowań, trosk i nadziei, by z tego miejsca nie zabrzmiał donośny głos oskarżenia w stronę narodu niemieckiego. My, przedstawiciele nauki polskiej, oskarżamy was wobec całego świata, żeście napadli na nas zdradziecko, żeście za gościnę tylekroć wam użyczoną odpłacili nam czarną niewdzięcznością, żeście zbeszcześcili świątynię nauki, niszcząc jak barbarzyńska horda nasz dorobek kulturalny, żeście, mając siłę, zastosowali wobec nas podłą zdradę, że jesteście winni śmierci naszych najlepszych mężów i uczonych, którzy umierali w straszliwej poniewierce, dręczeni do ostatniego tchnienia“.

W roku akademickim 1945/46 w skład Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego wejdą jako przedstawiciele docentów doc. dr Janina Kowalczykowa oraz doc. dr Bronisław Stępowski. Ustępują z Rady Wydziału doc. dr Brzezicki i doc. dr Wilczek.

Dyrektorem Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie mianowany został dr Józef Bellert.

Veniam legendi w zakresie pedjatrji w Uniwersytecie Jagiellońskim uzyskał dr Tadeusz Giza.

PRZEGLĄD PISM CODZIENNYCH

Z powodu rozerwania łączności na skutek trudności komunikacyjnych, prasa codzienna bywa obecnie często jedynym źródłem informacji dla rozmaitych zawodów. Ponieważ często zawiera ona informacje co do zapotrzebowania lekarzy i dane o powstaniu nowych placówek, Redakcja postanowiła notatki te zbierać, jak długo to okaże się potrzebne.

Odmuchów (Śląsk Opolski), podgórskie miasteczko, mało zniszczone, w pobliżu 7-mio kilometrowego pięknego jeziora. Przed wojną 5000 mieszkańców. Brak lekarzy (Dz. Pol. 23. VII. 45).

Akademia lekarska w Gdańsku przystępuje do rejestrowania przyszłych studentów medycyny. Na razie zgłoszenia przyjmuje prof. dr Grzegorzewski w Warszawie, Chocimska 24. Od 5 sierpnia b. r. rejestracje odbywać się będą już w Gdańsku (Dz. P. 20. VII. 45).

Walbrzych. Polska ludność w tym rejonie cierpi na brak opieki lekarskiej. Całkowicie urządzone i doskonale wyposażone gabinety lekarskie czekają na napływ lekarzy.

Kłodzko. Piękne górskie miasteczko 30 km od granicy czeskiej. Powiat wybitnie przemysłowy. W okolicy wiele uzdrowisk: Altheide, Chudoba (Bad Kudoba), Lądek (Landeck), Duszniki (Bad Reinerz) itp. znanych z bogatych źródeł mineralnych, borowiny oraz naturalnych kąpieli radioaktywnych, jodowych, żelazistych, siarczanych itd. Mnóstwo znanych sanatoriów (Dz. P. 14. VII. 45).

W Kazuniu pod Warszawą powstał ośrodek hodowli roślin leczniczych, prowadzony przez farmaceutów (Dz. P. 22. VII. 45).

Lignica: piękne miasto-ogród. W Karkonoszach kilka kąpielisk, ośrodków zdrowotnych, kompletnie gotowych do uruchomienia, czekających tylko na fachową obsługę i letników.

Najbliższa okolica Lignicy obfituje w pola ziół leczniczych. Samo miasto potrzebuje kilku lekarzy, w szczególności internistę, chirurga, dermatologa (Dz. P. 7. VII. 45).

W Olkuszu otwarto ośrodek zdrowia.

Dolny Śląsk. W miasteczkach z powodu braku lekarzy polskich praktykują niemieccy. Zostaną oni natychmiast usunięci, jeśli przybędzie dostateczna ilość lekarzy polskich (Dz. P. 5. VIII. 45).

Miejskie ambulatorium dentystyczne szkolne otwarto w Krakowie przy pl. św. Ducha 3. Czynne codziennie od 14—16 (z wyj. sobót).

W Drwalewie (pow. grójecki) uruchomiono Państwowy Zakład Biologiczno-farmaceutyczny, laboratorium i hodowlę zwierząt doświadczalnych oraz plantację ziół leczniczych. Placówka ta wznowiła swoją działalność mimo ciężkich szkód, jakie wyrządzili Niemcy przez wywiezienie 40 wagonów urządzeń laboratoryjnych i całego żywego inwentarza zakładu, w tym 266 koni. Zawdzięczać to należy dzielnej postawie tamt. zespołu lekarskiego.

Już w marcu wykonano pierwsze zamówienia na szczepionkę przeciw tyfusowi brzusznemu dla Nadzwyczajnego Komisariatu Walki z Epidemiami. Tempo produkcji wzrastało stale i do 1 lipca b. r. zakłady dostarczyły na potrzeby W. P., Min. Rolnictwa i Nadzw. Kom. Walki z Epid. surowic i szczepionek wartości ponad 3 miliony zł. Produkcja szczepionki przeciw durowi brzusznemu wynosi obecnie ponad 1000 litrów mies. Przygotowuje się również szczepionkę przeciwczerwonkową oraz surowicę bło-

niczą i przeciwtężcową. Zakłady dostarczają suszonych ziół leczniczych i preparatów galenowych.

Zakłady pracują bez zasiłku i pożyczek, a wszystkie osiągnięcia zawdzięczają ofiarnej pracy personelu laboratoryjnego i komitetu folwarcznego (Kur. Codz. 1. VIII. 45).

Nadarzyn (pow. błoński). Otwarto wiejską „Spółdzielnię Zdrowia" pod egidą P. C. K.

Z OSTATNIEJ CHWILI

W ostatniej chwili doszła Redakcję bolesna wiadomość o zgonie dr Stanisława Ciechanowskiego († 10 sierpnia 1945) prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego i czł. Pol. Akademii Umiejętności.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Doc. dr Brzezicki Eugeniusz
Prof. dr Miodoński Jan
Doc. dr Nowicki Stanisław
Doc. dr Oszast Zbigniew
Prof. dr Walter Franciszek
Prym. dr Zborczyński Franciszek
Prof. dr Zubrzycki January

400 zł

Prym. dr Jasieński Jerzy

300 zł

Dr Czaplicki Zdzisław
Dr Klinowski Czesław
Dr Łukaszczyk Franciszek
Doc. dr Stępowski Bronisław
Dr Wyrobek Emil

200 zł

Prof. dr Kostrzewski Józef
Prof. dr Lewkowicz Ksawery
Prof. dr Tempka Tadeusz
Doc. dr Obtułowicz Tadeusz
Prym. dr Gołąb Jan
Doc. dr Wilczek Marian
Dr Fenczyn Jan
Dr Paszkowski Stanisław
Dr Pykosz Tadeusz
Dr Guschlbauer Tadeusz
Dr Górski Franciszek
Dr Kelhofer Artur
Dr Ciećkiewicz Marian
Dr Stypa Mieczysław
Dr Szybist Halina
Dr Nowak Stanisław
Dr Mucha Stanisław
Dr Pochopień Franciszek
Dr Löwenhoff Konstanty
Dr Smoluchowski Adam
Dr Dorawski Jan

150 zł złożyli:

Dr Koniar Tadeusz
Dr Ros Jan
Dent. Zubrzycka Wanda

120 zł

Dr Surowiec Antoni

100 zł

Prof. dr Oszacki Aleksander
Doc. dr Siedlecki Feliks
Dr Szczeklik Edward
Prym. dr Karelus Kazimierz
Doc. dr Chwalibogowski Artur
Prym. dr Schwarz Stefan
Doc. dr Michałowski Emil
Doc. dr Tochowicz Leon
Dr Kania Henryk
Dr Kubiczek Mieczysław
Dr Laszczka Czesław
Dr Jakubiec Mieczysław
Dr Motak Aleksander
Dr Pasierbiński Stanisław
Dr Heczko Paweł
Dr Pieniążek Janusz
Dr Miklaszewski Wiktor
Dr Kędra Mieczysław
Dr Czapliński Zbigniew
Dr Giza Tadeusz
Dr Barta Karol
Dr Chudoba Antoni
Dr Capiński Zbigniew
Dr Boczar Kazimierz
Dr Grochmal Stanisław
Dr Łabużek Kajetan
Dr Kędracki Antoni
Dr Huczek Jerzy
Dr Miklaszewska Jadwiga
Dr Kulczycka Bronisława
Dr Komorowska Iwona
Dr Gergovich Helena
Dr Kubatko Eugeniusz
Dr Perek Bernard
Dr Owsiński Józef
Dr Marcinkowski Włodzimierz
Dr Żabiński Robert
Dr Kruczek Szczepan
Dr Godlewski Wacław
Dr Nowosielski Włodzimierz
Dr Polek Aleksander
Dr Konstantynowicz Antoni
Dr Doening Tadeusz
Dr Leńko Jan
Dr Jahoda Maria
Dr Nowakowa Janina
Dr Hanak Józef

Dr Kozień Zofia
Dr Nowak Tadeusz
Dr Kuśnierz Karol
Dr Ceysinger Janina
Dr Pachońska Janina
Dr Romanowski Jan
Dr Łukawski Stanisław
Dr Serafinowa Romualda
Dr Stein Bolesław
Dr Ciemborowicz Antoni
Dr Popek Walenty
Dr Szlichcińska Wanda
Dr Chomicz Jarosława
Dr Nowak Marian
Dr Kalitowski Czesław
Prym. dr Łapiński Stanisław
Doc. dr Szabuniewicz Bożydar
Dr Solarski Zbigniew
Dr Gibiński Kornel
Dr Wcisło Wincenty
Dr Cetnarowicz Jan
Dr Sidorowicz Wacław
Dr Goliński Kazimierz
Dr Wysocka Felicja
Dr Mach Bronisław
Dr Laszczak Władysław
Dr Grabczyński Jan
Dr Okoński Zdzisław
Dr Piątkowski Jerzy
Dr Jarema Michał
Dr Warchałowski Czesław
Dr Rajchel Telesfor
Dr Tkaczyk Franciszek
Dr Żuliński Kazimierz
Dr Stawiarska Gabriela
Dr Otęski Leonard
Dr Lutyński Czesław
Dr Strzemeska Zofia
Dr Mazurkiewicz Anna
Dr Kaczor Józef
Dr Kasprzyk Mieczysław
Dr Baranowska Zofia
Dr Żabianka Maria
Dr Primus Władysław
Prof. dr Szumowski Władysław
Dr Kukulski Zbigniew
Dr Pawłowski Włodzimierz
Dr Sokołowski Adam
Dr Klimaszewska Augustyna
Dr Pawlicki Władysław
Dr Staszkowski Jan
Dr Zaleski Diament
Dr Ralski Lesław
Dr Brzycki Michał
Dr Roman Stanisław
Dr Hanzel Aleksander
Dr Tuszyński Mieczysław
Dr Rubczyńska Alfreda
Dr Polaczek Elżbieta
Dr Hirkawska-Ameisen Zofia
Dr Bieńkiewicz August
Dr Smreczyńska Janina
Dr Wisłouch Antonina
Dr Szarszaniewicz Janina
Dr Jaskulski Zenon
Dr Wołyńcowa Paulina
Dr Stobiecki Adam
Dr Tesarzowa Walentyna
Dr Mańkowska Maria
Dr Wydra Wojciech
Dr Konachewicz Longin
Dr Dynowski Andrzej
Dr Lorenz Mieczysław
Dr Dymnicka Waleria
Dr Woźniakiewicz Stanisława
Dr Morska Stanisława
Dr Wróblewski Stanisław
Dr Stoch Wacław
Dr Bochenek Michał
Dr Kuczewska Maria
Dr Polański Jerzy
Dr Chalfon Aleksander
Dr Sudolski Wiesław
Dr Czadowski Edmund
Dr Twardowski Marian
Dr Gruszewska Zofia
Dr Wójcik Tadeusz
Dr Grzywacz Bolesław
Dr Hełczyński Adam
Dr Ruciński Adam
Dr Mazanek Władysław
Dr Ferkówna Maria
Dr Żuławski Wojciech
Dr Marszałek Stefania
Dr Wieja Jan
Dr Kumor Henryk
Dr Żychowicz Adam
Dr Lejman Kazimierz
Dr Lebioda Jerzy
Dr Kolankowski Jerzy
Dr Kowarz Helena
Dr Gina Jerzy
Dr Wyka Zdzisław
Dr Płatek Tadeusz
Dr Adamczyk Józef
Dr Kwaśniewski Bolesław
Dr Zaczek Tadeusz
Dr Durek Mieczysław
Dr Przybyłkiewicz Zdzisław
Dr Ślopek Stefan
Dr Lewicka Wanda
Dr Kaczówka Aleksander
Dr Niepokojczycka Maria
Dr Kulig Zygmunt
Dr Panas Jerzy
Dr Gérard Eryka
Dr Monne Leon
Dr Ściesińska Rafalina
Dr Kusiak Marian
Dr Lange Romuald
Doc. dr Kapuściński Stanisław
Dr Batko Józef
Dr Zakrzewski Wacław
Dr Olbrychtowa Izabella
Prof. dr Markowski Zygmunt
Dr Pieczarkowski Marian
Dr Paliwoda Zofia
Dr Żelazny Józef

Ponadto szereg lekarzy złożyło kwoty poniżej 100 zł.